

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO
COORDENADORIA DE ESTÁGIOS

**PLANO ESTRATÉGICO DE MARKETING PARA
CLÍNICA DE OLHOS SÃO SEBASTIÃO**

EDUARDA AUGUSTA RODRIGUES SANTA RITTA

Florianópolis, junho de 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO
COORDENADORIA DE ESTÁGIOS

**PLANO ESTRATÉGICO DE MARKETING PARA
CLÍNICA DE OLHOS SÃO SEBASTIÃO**

Eduarda Augusta Rodrigues Santa Ritta

Orientado por :
Carlos Wolowski. Mussi

Área de concentração
Marketing

Florianópolis, junho de 2001.

**PLANO ESTRATÉGICO DE MARKETING PARA
CLÍNICA DE OLHOS SÃO SEBASTIÃO**

AUTORA: EDUARDA AUGUSTA RODRIGUES SANTA RITTA

Este trabalho de conclusão de estágio foi apresentado e julgado perante a banca examinadora, que atribuiu nota 9 (nove) à aluna EDUARDA AUGUSTA RODRIGUES SANTA RITTA, matriculada na disciplina Estágio Supervisionado – CAD 5236

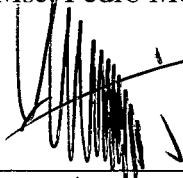
Banca Examinadora :



Presidente Prof. Dr. Carlos Wolowski Mussi



Prof. Msc. Pedro Moreira Filho (Membro)



Prof. Msc. João Nilo Linhares (Membro)

Florianópolis, junho de 2001.

SUMÁRIO

LISTA DE ANEXOS.....	iv
LISTA DE QUADROS.....	v
LISTA DE TABELAS.....	vi
LISTA DE GRÁFICOS.....	viii
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS.....	3
2.1 Objetivos do planejamento estratégico de marketing.....	3
2.1.1 Objetivo geral.....	3
2.1.2 Objetivos específicos	3
2.2 Objetivos da pesquisa de marketing.....	3
2.2.1 Objetivo geral da pesquisa de marketing.....	3
2.2.2 Objetivos específicos da pesquisa de marketing.....	4
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
3.1 Marketing.....	5
3.2 Marketing de relacionamento.....	9
3.3 Marketing de serviços.....	10
3.4 Planejamento.....	12
3.5 Estratégia.....	13
3.6 Plano estratégico de marketing.....	14
3.7 Fases de um plano de marketing.....	16
4 METODOLOGIA.....	21
4.1 Metodologia do planejamento estratégico de marketing.....	21
4.1.1 Caracterização da pesquisa.....	21
4.1.2 Delineamento da pesquisa.....	21
4.1.2.1 Quanto aos fins.....	21
4.1.2.2 Quanto aos meios.....	22
4.1.3 Técnica de coleta de dados.....	22
4.1.3.1 Dados primários.....	24
4.1.3.2 Dados secundários.....	24

4.1.4 Técnica de análise de dados.....	24
4.2 Metodologia da pesquisa de marketing.....	25
4.2.1 Caracterização da pesquisa.....	25
4.2.1.1 Delineamento da pesquisa.....	25
4.2.1.1.1 Quanto aos fins.....	25
4.2.1.1.2 Quanto aos meios	26
4.2.2 Técnica de coleta de dados.....	26
4.2.2.1 Dados primários.....	26
4.2.3 Amostragem.....	27
4.2.4 Técnica de análise de dados.....	28
 5. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO.....	 30
5.1 Diagnóstico Situacional.....	30
5.1.1 Avaliação do ambiente externo.....	30
5.1.1.1 Ambiente político econômico.....	30
5.1.1.2 Ambiente médico científico.....	36
5.1.1.3 Ambiente tecnológico.....	40
5.1.1.4 Ambiente ético.....	43
5.1.1.5 Concorrência.....	45
5.1.1.6 Fornecedores.....	47
5.1.1.7 Análise das oportunidades e ameaças.....	48
5.1.2 Análise do ambiente interno.....	57
5.1.2.1 Histórico da empresa.....	57
5.1.2.2 Estrutura organizacional.....	58
5.1.2.3 Processo de planejamento.....	59
5.1.2.4 Processo organizacional.....	60
5.1.2.5 Estrutura física da COSS e equipamento.....	62
5.1.2.6 Missão da empresa.....	64
5.1.2.7 Análise do composto de Marketing.....	64
5.1.2.7.1 O produto/serviço.....	64
5.1.2.7.2 Preço.....	65
5.1.2.7.3 Praça ou distribuição.....	70
5.1.2.7.4 Promoção.....	70
5.1.2.8 Análise da capacidade produtiva e de produção médica.....	72

5.1.2.9 Análise financeira.....	85
5.1.2.10 Objetivos e estratégias atuais da empresa.....	86
5.1.2.11 Clientes.....	87
5.1.2.12 Análise dos pontos fracos e pontos forte.....	105
5.2 Prognóstico.....	109
5.2.1 Missão da empresa.....	109
5.2.2. Formulação de objetivos.....	109
5.2.3 Formulação de estratégias.....	110
5.2.4 Plano de ações.....	110
5.2.5 Orçamento e competências.....	114
5.2.6 Comentários.....	115
6. REFRÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	116

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – CÓDIGO DE ÉTICA DA MEDICINA.....	121
ANEXO 2 – INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS DA PESQUISA DE MARKETING.....	131

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - – Equipamentos complementares para diagnóstico oftalmológico.....	41
QUADRO 2 - Equipamentos para procedimentos.....	42
QUADRO 3 - – Denúncias.....	44
QUADRO 4 - Sindicâncias.....	45
QUADRO 5 – Processos ético-profissionais (PEP's).....	45
QUADRO 6 – Organograma da empresa.....	58
QUADRO 7 – Preços de serviços de convênios da COSS.....	67
QUADRO 8 – Capacidade de ocupação produtiva da COSS.....	83
QUADRO 9 – Comparação do total da capacidade X ocupação real dos três consultórios médicos.....	84
QUADRO 10 – Demonstração do resultado do exercício da COSS – 2000.....	85

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Estimativa de lucro médico – 2001.....	53
TABELA 2 –Movimento médico da COSS por convênios – 2000.....	68
TABELA 3 –Produção médica da COSS no ano 1999.....	73
TABELA 4 –Cirurgias geradas pela COSS em 1999.....	74
TABELA 5 –Produção médica da COSS no ano 2000.....	76
TABELA 6 –Cirurgias geradas pela COSS em 2000.....	78
TABELA 7 –Produção médica de consultas no ano 2001.....	80
TABELA 8 –Cirurgias geradas pela COSS em 2001.....	80
TABELA 9 – Disponibilidade real de atendimento médico na COSS – 2001.....	84
TABELA 10 – Indicação de origem dos clientes da COSS – 2001.....	87
TABELA 11 – Atendimento da recepção por telefone – 2001.....	89
TABELA 12 – Atendimento da recepção no local – 2001.....	89
TABELA 13 – Pontualidade do atendimento médico – 2001.....	90
TABELA 14 – Disponibilidade de horários médicos – 2001.....	90
TABELA 15 – Avaliação do atendimento médico – 2001.....	91
TABELA 16 – Resultado do serviço médico – 2001.....	91
TABELA 17 – Serviço de demonstração de lentes de contato – 2001.....	92
TABELA 18 – Serviço de orientação de lentes de contato – 2001.....	93
TABELA 19 – Expectativa de uso de lentes de contato – 2001.....	93
TABELA 20 – Avaliação da sala de recepção da COSS – 2001.....	94
TABELA 21 – Avaliação da instalação sanitária da COSS – 2001.....	95
TABELA 22 – Avaliação do consultório médico da COSS – 2001.....	95
TABELA 23 – Avaliação da sala de dilatação de pupilas da COSS – 2001.....	96
TABELA 24 – Avaliação da sala de lentes de contato COSS – 2001.....	96
TABELA 25 – Avaliação da climatização da COSS – 2001.....	97
TABELA 26 – Avaliação da facilidade de acesso da COSS na cidade – 2001.....	97
TABELA 27 – Avaliação do estacionamento da COSS – 2001.....	98
TABELA 28 – Tempo de fidelidade do cliente da COSS – 2001.....	98
TABELA 29 – Convênio médico do cliente da COSS – 2001.....	99
TABELA 30 – Classificação por sexo do cliente da COSS – 2001.....	100
TABELA 31 – Classificação etária dos cliente da COSS – 2001.....	101

TABELA 32 – Classificação do estado civil dos clientes da COSS – 2001.....	102
TABELA 33 – Município de residência dos clientes da COSS – 2001.....	103
TABELA 34 – Estratificação sócio-econômica dos clientes da COSS – 2001.....	104

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Produção médica mensal do ano 2000.....	76
GRÁFICO 2 – Produção médica de consultas por médico.....	77
GRÁFICO 3 – Evolução da média de consultas diárias por dia útil.....	81
GRÁFICO 4 – Evolução da média de mensal da produção cirúrgica gerada pela COSS no último triênio	82
GRÁFICO 5 –Estudo da ocupação produtiva da COSS	85
GRÁFICO 6 –Classificação por origem dos clientes da COSS	88
GRÁFICO 7 – Tempo de fidelidade dos clientes da COSS.....	99
GRÁFICO 8 – Classificação dos clientes da COSS por convênio	100
GRÁFICO 9 – Classificação por sexo dos clientes da COSS.....	101
GRÁFICO 10 – Classificação etária dos clientes da COSS	102
GRÁFICO 11 – Estratificação sócio-econômica dos clientes da COSS.....	104

1 INTRODUÇÃO

Este projeto de pesquisa consiste na elaboração de um Plano Estratégico de Marketing para a Clínica de Olhos São Sebastião - COSS, empresa prestadora de serviços médicos oftalmológicos situada a rua Dr. Armínio Tavares , 77 no centro do município de Florianópolis, constituída de três consultórios médicos, um centro cirúrgico e um setor de lentes de contato.

A Clínica de Olhos São Sebastião se caracteriza por ser uma das primeiras clínicas particulares de Florianópolis e, na área da oftalmologia, a primeira da cidade.

No atual contexto da COSS, percebe-se que a realidade mercadológica desde sua fundação, mudou drasticamente e a empresa não possui direcionamento estratégico de suas atividades, tampouco conhece o grau de satisfação de seus clientes.

Diante da participação direta da autora deste trabalho, no gerenciamento da empresa, percebeu-se, a despeito de uma aparente aceitabilidade da clientela, uma falta de direcionamento estratégico e de conhecimentos de dados concretos em relação ao grau de satisfação dos clientes, fato que viabilizou a execução do presente trabalho de monografia.

A importância da pesquisa se deve à necessidade de a Empresa desenvolver um direcionamento estratégico de seu negócio, pelo ângulo do marketing, a fim de se colocar de maneira consciente e efetiva frente a um mercado muito competitivo, como é o de clínicas médicas.

A referida Empresa, objeto desta pesquisa, foi fundada em 1972 e durante maior parte de sua existência, não contou com uma administração formal, muito embora possuísse uma aura de respeito pelo rigor e cientificismo médico do proprietário fundador.

Hoje em dia, a COSS conta com um corpo clínico que se constitui do atual médico proprietário e mais quatro outros oftalmologistas autônomos.

Diante do problema posto e do Diagnóstico Situacional realizado na empresa, a pesquisa se desenvolve no sentido de lançar um Prognóstico, definindo missão, objetivos, estratégias, plano de ações e orçamento, que se constitui no desenvolvimento da monografia.

Para tanto, buscou-se em KOTLER & ARMSTRONG (1998) e MATTAR (1997) o apoio teórico importante na área de marketing.

Em termos metodológicos o planejamento é qualitativo, exploratório e descritivo e, especificamente, na pesquisa de marketing aplicada, o método utilizado é quantitativo,

exploratório, conclusivo-descritivo. O trabalho de monografia, como um todo, tem por método o Estudo de Caso.

Diante de todo o estudo, ficou, ao final, a idéia, de que para melhorar a competitividade da Empresa, tendo em vista a sua atual sub-utilização, a produtividade deve aumentar, no limite de sua capacidade. Aliado a isto, verifica-se também a importância da mudança jurídica da estrutura do corpo clínico, para unir esforços de toda a equipe a fim de se alcançar maior produtividade no mercado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos do plano estratégico de marketing

2.1.1 Objetivo geral

Desenvolver um plano estratégico de marketing para a Clínica de Olhos São Sebastião.

2.1.2 Objetivos específicos

- Definir o negócio e a missão corporativa da Clínica de Olhos São Sebastião;
- Analisar os cenários interno e externo da Clínica de Olhos São Sebastião;
- Avaliar os recursos da Clínica de Olhos São Sebastião;
- Executar a pesquisa de marketing;
- Definir objetivos e metas da Clínica de Olhos São Sebastião;
- Formular as estratégias;
- Preparar o plano estratégico para a Clínica de Olhos São Sebastião.

2.2. Objetivos da pesquisa de marketing

2.2.1 Objetivo geral

Avaliar o nível de satisfação dos clientes da Clínica de Olhos São Sebastião, em Florianópolis considerando o primeiro semestre de 2001, utilizando-se um plano estratégico de marketing.

2.2.2 Objetivos específicos

- Identificar o nível sócio-econômico dos clientes da Clínica de Olhos São Sebastião;
- Identificar como os clientes foram indicados para a Clínica de Olhos São Sebastião;
- Avaliar o grau de satisfação dos clientes no atendimento da recepção na sala de recepção da Clínica de Olhos São Sebastião e por telefone;
- Avaliar o grau de satisfação do cliente em relação ao atendimento médico;
- Avaliar o grau de satisfação do cliente no atendimento do setor de Lentes de Contato;
- Avaliar o grau de satisfação do cliente em relação a estrutura física da Clínica de Olhos São Sebastião e seu acesso físico;
- Identificar a quanto tempo o cliente frequenta a Clínica de Olhos São Sebastião e qual seu convênio;

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Marketing

Marketing lida com a satisfação de desejos humanos através de trocas vantajosas para todas as partes envolvidas. Conforme KOTLER & ARMSTRONG (1998, p. 7) : “Marketing significa administrar mercados para chegar a trocas, com o propósito de satisfazer as necessidades e desejos do homem”. É importante também para o Marketing, que estas trocas sejam lucrativas para a organização, e que com elas, se possa estabelecer relacionamentos de valor com os clientes que se queira atingir.

Marketing é também :

“Um processo social por meio do qual pessoas e grupos de pessoas obtém aquilo de que necessitam e o que desejam com a criação, oferta e livre negociação de produtos e serviços de valor com outros.” (KOTLER, 2000, p. 30)

Além disso, o Marketing segundo KOTLER & ARMSTRONG (1998, prefácio) é visto como uma função gerencial norteadora da filosofia de uma organização. Pois é através dele que se determina quais os mercados-alvo de interesse, quais as necessidades e desejos dos clientes importantes e se planeja produtos e serviços para estes mercados. O Marketing não deve agir isolado numa organização, pois como filosofia organizacional, ele engloba todas as demais funções gerenciais que devem agir como sistemas integrados e interdependentes em direção á meta organizacional.

“ O departamento de marketing só pode ser eficiente em empresas nas quais todos os outros departamentos e todos os empregados são aliados e coesos, formando um sistema competitivamente superior de oferta de valor.” KOTLER & ARMSTRONG (1998, p. 391)

Produto, preço, praça e promoção são conhecidos, segundo KOTLER & ARMSTRONG (1998, p.514), como o conjunto de ferramentas táticas do marketing controláveis, que a empresa coordena para produzir a resposta que deseja do mercado-alvo. Estes quatro elementos também são conhecidos como mix de marketing ou composto de marketing.

Produto é :

“Qualquer coisa que possa ser oferecida a um mercado para atenção, aquisição, uso ou consumo, e que possa satisfazer a um desejo ou necessidade. Os produtos vão além de bens tangíveis. De forma mais ampla, os produtos incluem objetos físicos. Serviços, pessoas, locais, organizações, idéias ou combinações desses elementos. Serviços são produtos que consistem em atividades, benefícios ou satisfações que são ofertadas para a venda, como cortes de cabelo, preparação de declaração de imposto de renda, consertos domésticos.” (KOTLER & ARMSTRONG, 1998, p.515)

Para COBRA (1992, p.43), o produto que satisfaz as necessidades do consumidor deve oferecer: “boa qualidade, características que atendam aos gostos dos consumidores, boas opções de modelos e estilos, nome atraente da marca, embalagens sedutoras, variados tamanhos de produtos, serviços e quantias ao usuário que proporcionem adequados retornos financeiros à organização.”

Preço é :

“Quantia cobrada por um produto ou serviço ou a soma dos valores que os consumidores trocam pelos benefícios proporcionados pela posse ou uso de um produto ou serviço.” (KOTLER & ARMSTRONG, 1998, p. 515)

Para o autor, os fatores internos que influem no apreçamento são os objetivos de marketing da empresa, a estratégia do mix de marketing, os custos e a organização. Os objetivos de marketing da empresa estão ligados à definição estratégica da organização quanto ao mercado alvo, ao mix de marketing, ao produto e finalmente ao preço. “O preço é somente uma das ferramentas do mix de marketing que a empresa utiliza para atingir seus objetivos” (KOTLER & ARMSTRONG, 1998, p. 237). A estratégia do mix de marketing engloba de maneira coerente e eficaz suas quatro variáveis. Os custos definem a base do preço que é possível cobrar pelo produto ou serviço. Além do exposto, a organização tem o poder de decidir quem ou qual setor da empresa pode definir o preço.

Já os fatores externos que influenciam nas decisões de preços, segundo o autor, são a natureza do mercado e da demanda, os preços e ofertas dos concorrentes, conjuntura econômica, necessidades dos revendedores e ações governamentais. O mercado em que se decide trabalhar tem suas características e demandas próprias que moldam formas de atuação adequadas. Neste mesmo mercado, o posicionamento dos concorrentes quanto ao preço,

também influenciará na determinação do preço por uma organização. A conjuntura econômica é um fator de grande importância pois sinaliza o comportamento do consumidor quanto a sua possibilidade de compra. Revendedores podem ter determinadas exigências que podem alterar o preço de um produto. Um outro fator externo importante são ações governamentais que podem provocar um efeito inibidor do preço adequado.

Além disso, (COBRA,1992, p. 43) comenta que o preço definido por um produto ou serviço deve ser “justo e proporcione descontos estimulantes à compra dos produtos ou serviços ofertados, com subsídios adequados e períodos (prazos) de pagamento e termos de crédito efetivamente atrativos”.

Estratégia de fixação de preços por penetração de mercado, segundo KOTLER & ARMSTRONG (1998, p. 255), é quando se apresenta preços iniciais baixo para penetrar no mercado profunda e rapidamente, atraindo grande número de compradores e conquistando grandes participações. Desta maneira, provoca-se uma redução nos custos unitários através do volume de vendas , reduzindo-se ainda mais os preços.

Para KOTLER & ARMSTRONG (1998, p 315), promoção pode ser entendida como comunicação de marketing. São quatro as principais ferramentas que compõem o mix de promoção: propaganda, venda pessoal, promoção de vendas e relações públicas. Segue abaixo suas definições :

“Propaganda: qualquer forma paga de apresentação impessoal e promoção de idéias, bens ou serviços por um patrocinador identificado.

Venda pessoal: apresentação pessoal da força de vendas da empresa com o propósito de fazer vendas e estabelecer relações com os clientes.

Promoção de vendas: incentivos de curto prazo para encorajar a compra ou venda de um produto ou serviço.

Relações públicas: desenvolvimento de boas relações com os vários públicos da empresa pela obtenção de publicidade favorável, construção de uma ‘imagem corporativa’ e a manipulação ou afastamento de rumores, histórias ou eventos desfavoráveis.” (KOTLER & ARMSTRONG” (1995,p.318)

No entanto, na promoção de serviços da saúde há de se portar com cautela. Há um Código de Ética da Medicina que rege como deve ser a publicidade médica. Além disso, e muito mais importante, a promoção do serviço médico não deve se mostrar publicamente alegando “qualidade total” ou mesmo “perfeição” de seus serviços. A Medicina por si só não

é uma ciência acabada, finalizada. O médico Pinheiro (2001, <cbo@yahoogroups.com>) frisa que :

“ Aceita-se que as técnicas se aperfeiçoaram e tornaram-se mais seguras, no entanto, os pacientes continuam a ser diferentes entre si, com respostas orgânicas diversas a um mesmo tipo de tratamento e isto por exemplo, não é dito ao paciente, que apenas recebendo a informação referente ao sucesso vê-se frente a um super-médico fabricado pelo tal avanço mercadológico”.

Alerta-se que propagandas exageradas de sucesso fantasioso aos clientes pode se tornar uma arma letal contra os próprios médicos que terão de seus clientes cobranças tal qual insinua a publicidade fantasiosa promovida.

Em relação a praça ou canal de distribuição COBRA (1992, p 44) comenta que:

“A distribuição deve levar o produto certo ao lugar certo através dos canais de distribuição adequados, com uma cobertura que não deixe faltar produto em nenhum mercado importante, localizando para isso fábricas, depósitos, distribuidores e dispondo ainda de um inventário de estoques para suprir as necessidades de consumo através de recursos de transporte convenientes.”

Quanto a área de serviços, a ela também se aplicam os conceitos de canais de distribuição. Na visão de KOTLER & ARMSTRONG (1998, p 273) Os prestadores de serviços e produtores de idéias também enfrentam o problema de tornar sua produção disponível as populações alvo.“ Assim, os autores sugerem que a organização prestadora de serviço se localize ao alcance de seu público alvo, de maneira a facilitar o acesso à empresa.

Em relação a demanda de clientes, KOTLER & ARMSTRONG (1998, p. 8) comentam que o enfoque atual das organizações é em atrair novos clientes e manter os clientes antigos. Isto se dá porque o crescimento da economia é lento. Os concorrentes já são muitos e muito bem estruturados e porque o mercado oferece produtos em excesso. Assim, o número potencial de novos clientes caiu muito. Em decorrência do exposto, verificou-se que custa mais caro conquistar um novo cliente do que manter um cliente já existente. Além disso, a perda de um cliente corresponde à ausência de relacionamentos de troca de uma vida inteira.

Portanto, segundo KOTLER & ARMSTRONG (1998, p.8), “a chave para manter o cliente é dar-lhe um valor superior e satisfação.”

Valor e satisfação para o cliente alvo significa a diferença entre o que o cliente recebe (benefícios) e os custos que ele assume. Para KOTLER (2000, p 33), os benefícios podem ser práticos e emocionais, e os custos incluem os custos monetários, de tempo, de energia e psicológicos. Segundo o autor, pode-se proporcionar maior valor e satisfação para o cliente através de diversas estratégias como :

- “Aumento de benefício;
- Redução de custos;
- Aumento de benefícios e redução de custos;
- Redução de benefícios em proporção maior que a redução de custos.” (KOTLER, 2000, p. 33)

Na realidade, é necessário avaliar a situação da empresa e seus objetivos para se poder traçar estratégias que satisfaçam o cliente através da percepção de um valor superior adquirido.

3.2 Marketing de relacionamento

Para KOTLER (2000, p 71), “ a atividade de criar fidelidade de clientes chama-se marketing de relacionamento”.

“Marketing de relacionamento tem como objetivo estabelecer relacionamentos mutuamente satisfatórios de longo prazo com partes-chave (clientes, fornecedores, distribuidores), a fim de ganhar e reter sua preferência e seus negócios a longo prazo. Empresas de marketing realizam isso prometendo e fornecendo produtos e serviços de alta qualidade, a preços justos as outras partes ao longo do tempo.” KOTLER (2000, p. 35)

No contexto de empresas prestadoras de serviços, a aplicação do marketing de relacionamento vem a suprir uma necessidade inerente à natureza dos serviços que é a manutenção de clientes fiéis. Isto se dá uma vez que o serviço possui peculiaridades que dificultam a comparação com o público dos consumidores de produtos. O serviço depende da apreciação subjetiva do comprador.

3.3 Marketing de serviços

Para KOTLER&ARMSTRONG (1998, p.455), serviço é “toda atividade ou benefício essencialmente intangível que uma parte pode oferecer a outra e que não resulte na posse de algum bem. A prestação de um serviço pode ou não estar ligada a um produto físico.”.

As características dos serviços apontadas por KOTLER&ARMSTRONG (1998,p.455) são intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecimento. Os serviços são intangíveis pois não se pode medi-los, senti-los, vê-los ou cheirá-los, e preciso experimentá-los para poder criar algum juízo de valor ao seu respeito. Serviços são bens inseparáveis daqueles que o produzem, não se podendo experienciar-lo sem seu provedor, sendo a produção e o consumo são simultâneos. Quanto a variabilidade, o serviço varia de pessoa para pessoa, e em diferentes momentos, não possuindo uma uniformidade típica de produtos em série. Serviços são perecíveis pois se consome na medida em que eles produzidos, logo após ele deixa de existir.

A administração de serviços para ALBRECHT&BRADFORD (1992, p. 22) é :

“Um conceito organizacional de visão global que se empenha em fornecer um serviço superior que será a força motriz, dos negócios. É um conceito de transformação, uma filosofia, uma mentalidade, uma série de valores e atitudes, e que, mais cedo ou mais tarde, será um conjunto de métodos. O principal motivo para querer conhecer profundamente o cliente e tornar o serviço força motriz da empresa e o de criar diante dos concorrentes um fator de diferenciação.”

Quanto ao posicionamento do serviço em um ambiente concorrencial alto, BERRY (1992, p. 9) diz que :

“A excelência em serviços distingue uma empresa de suas concorrentes ela é a marca da diferença essencial. Independente dos mercados-alvo de serviços específicos ou da estratégia de preços, os líderes em serviços consideram a qualidade dos serviços como a condição básica para se competir”.

KOTLER&ARMSTRONG (1998, p. 457) também concordam com os autores acima em relação às necessidades dos produtores de serviços de terem que trabalhar de maneira eficaz para poderem criar valor superior de seus serviços a seus clientes e se diferenciar-se da concorrência. Porém, estes percebem de maneira mais abrangente o contexto de serviços

acrescentando que: “A interação eficaz, por sua vez, depende da capacidade dos empregados da linha de frente, da produção do serviço e dos processos de apoio que dão subsídio a esses empregados.” Esta assertiva, aplicada a realidade de muitas empresas prestadoras de serviço traduz-se em uma área de recepção do cliente, uma administrativa de suporte a organização e aquela que presta o serviço principal, ofertado ao cliente. Quando estas partes não são sincrônicas, a insatisfação do cliente não pode ser evitada, mesmo que o serviço principal tenha sido experienciado a contento.

Para direcionar esforços de uma organização prestadora de serviços, é necessário haver uma estratégia bem definida, clara a todos e consistente BERRY (1992, p. 63) comenta que :

“Baseada em uma estratégia e serviços clara e fortemente definida. os fornecedores de serviços sabem como atender melhor aos clientes, a estratégia servirá como orientação. Não há necessidade de manuais de procedimentos e políticas rígidas”

Além disso, o autor fala que “uma estratégia de serviços é uma missão, não uma declaração de missão tratando a missão como algo motivante que une as pessoas em torno de um propósito comum. Em geral, a missão pode ser definida em algumas frases ou palavras.

Para BERRY (1992, p 67). além de se prover qualidade no atendimento de um serviço de maneira estratégica, são necessários também princípios desta qualidade que são credibilidade, surpresa, recuperação e integridade. A credibilidade está relacionada com serviços confiáveis e corretos. Surpresa significa surpreender o cliente, encantá-lo. Recuperação significa um grande desafio para a administração da organização porque consiste na reconquista do cliente que recebeu um serviço deficiente. E por fim, a integridade está relacionada com o respeito que a organização mantém com o cliente, dentro da ética.

KOTLER&ARMSTRONG (1997, p. 459) também dizem que a administração de marketing de serviços deve se apoiar em três pilares principais : diferenciação, qualidade do serviço e produtividade. A diferenciação pode ser de pessoas, ambiente físico e processo. A qualidade do serviço deve ser vista como uma “vantagem competitiva substancial”. É dever da empresa superar a expectativa do cliente. O prestador de serviços deve ter como meta “zero abandono dos clientes”. Deve-se investir no cliente alvo. Em relação à produtividade, esta deve ser tal que possa promover lucros e crescimento de serviços

saudáveis porém não deve ser altamente produtiva, uma vez que assim sendo, há certamente um comprometimento da qualidade do serviço prestado.

Além disso, os mesmos autores falam que é válido a aplicação dos conceitos de marketing interno e marketing interativo. O marketing interno envolve todos os participantes da empresa em espírito de equipe. E também, procura desenvolver satisfação e motivação interna juntamente com treinamentos. Já o marketing interativo busca satisfazer o cliente pela qualidade técnica e pela qualidade funcional.

A qualidade técnica pode ser desenvolvida pela constante atualização científica da área através de participações a cursos, congressos, seminários, periódicos da área, *Internet*, etc. Inclusive, a atual facilidade de acesso à informação observada hoje em dia, é uma excelente oportunidade para o profissional manter-se reciclado.

Já a qualidade funcional envolve no atendimento médico principalmente a confiança que o médico inspira, além de cortesia, atenção, educação, etc. As qualidades funcionais abrangem um conteúdo mais humanizado.

3.4 Planejamento

Planejar significa decidir no presente ações futuras, começando na definição dos objetivos futuros até as etapas necessárias para alcançá-lo.

DRUCKER in MATTAR (1997. p.23) define o planejamento da seguinte maneira :

“Planejamento é o processo contínuo e sistemático de tomar decisões futuras no presente com o melhor conhecimento possível do que deverá acontecer, organizando sistematicamente os esforços necessários para levar a diante estas decisões e medir os resultados das decisões em relação ao esperado, através de um organizado sistema de controle.”

As vantagens de um planejamento segundo KOTLER & ARMSTRONG (1998, p.23) consistem em : “estimular a administração a pensar adiante de forma sistemática, força a empresa a aguçar seus objetivos e políticas, leva a uma melhor coordenação de esforços e fornece padrões mais claros de desempenho.”

3.5 Estratégia

Sabe-se que o conceito de estratégia tem origem grega e significa tática militar. Uma de suas acepções no *Webster's Seventh New Collegiate Dictionary* in JANSON (1986, p. 26) concernentes são:

“A ciência ou arte de empregar as forças políticas, econômicas, psicológicas e militares de uma nação ou comunidade de nações para conseguir o máximo apoio para as políticas adotadas, tanto em tempos de paz como em tempos de guerra”.

Pelo enfoque administrativo, adaptando-se este conceito bélico aos termos atuais percebe-se que pouco muda. As estratégias administrativas a serem desenvolvidas ainda são vistas como sendo uma habilidade gerencial de se conseguir fazer uso dos diversos recursos e esforços em uma organização, de maneira a conquistar maior envolvimento e integração dos colaboradores da empresa e de seus parceiros a fim de se efetivar as diretrizes traçadas pelos líderes administrativos da organização.

Na contextualização “tanto em tempos de paz como em tempos de guerra” aplicada aos tempos de hoje, pode-se compreendê-la como a situação da empresa (nos termos conceituais equivalente à nação) frente ao acirrado mercado concorrencial. Neste contexto, as empresas vivem mais num ‘estado de guerra’ do que num ‘estado de paz.’

Já para THOMAS in LAS CASAS (1999, p. 14), o conceito de estratégia em termos administrativo é :

“O plano para obter os melhores retornos dos recursos, a seleção do tipo de negócio para se envolver e o esquema para obter uma posição favorável no mundo dos negócios. É uma proposta para lidar com o mundo mutável dos negócios.”

Assim, conforme JANSON (1986, p. 26), uma organização dirigida de maneira estratégica, se percebe em um sistema aberto, influenciando e sendo influenciada pelo meio, sabendo que seu futuro depende deste ambiente que a cerca. Desta maneira, ela busca analisar este meio em que se insere, consciente das atividades que desenvolve nos diferentes aspectos ambientais. Estes aspectos são o ambiente cultural, ambiente tecnológico, ambiente social, ambiente econômico, ambiente político, entre outros.

Além do ambiente, outro fator de que influencia a definição das estratégias é a análise da concorrência.

Algumas estratégias competitivas relacionadas por KOTLER (1998, p. 414) são :

- Liderança de custos gerais: neste caso os esforços administrativos vão de encontro ao menor custo possível para se obter vantagem competitiva;
- Diferenciação. é o fornecimento por parte da empresa de uma linha de produtos altamente diferenciados ao da concorrência, com vistas a liderar este setor;
- Foco : caso em que a empresa se concentra em atender as necessidades alguns segmentos do mercado;
- Excelência operacional: A empresa oferece valor superior ao seus clientes em termos de conveniência e preço. Este tipo de empresa procura reduzir seus custos e desenvolver um sistema eficiente de distribuição de valor. Seu público procura produtos confiáveis, de boa qualidade, baratos e acessíveis;
- Intimidade com o consumidor : a empresa entrega valor superior segmentando com precisão seus mercados e depois modelando seus produtos ou serviços para se ajustarem exatamente as necessidades de seus clientes alvo;
- Liderança de produto: quando a empresa oferece valor superior disponibilizando uma corrente contínua de produtos ou serviços de vanguarda que tornam obsoletos seus próprios produtos e dos concorrentes. Seus consumidores procuram produtos de alta qualidade.

O autor comenta que a definição das estratégias deve ser feita após uma análise da empresa, verificando suas necessidades, seu perfil, e assim, a estratégias mais adequadas.

3.6 Plano estratégico de marketing

Levando-se em conta a conceituação de MATTAR (1997, p22) a respeito do marketing em nível operacional, que trata das ações que precisam ser tomadas para estimular as trocas com a finalidade de satisfação dos desejos e necessidades dos clientes, e assim fortalecer a permanência, crescimento e lucro da empresa no mercado, o autor conclui que nesta situação tornam-se importantes o planejamento e o controle das áreas estratégicas de

marketing. Este posicionamento visa maior lucratividade levando-se em conta as oportunidades do mercado.

KOTLER (2000, p. 86) conceitua o planejamento estratégico orientado para o mercado da seguinte maneira :

“ É o processo gerencial de desenvolver e manter um ajuste viável entre objetivos, habilidades e recursos de uma organização e as oportunidades de um mercado em contínua mudança. O objetivo do planejamento estratégico é dar forma aos negócios e produtos de uma empresa, de modo que eles possibilitem os lucros e o crescimento almejado.”

Considerando-se este aspecto amplo do papel do marketing na definição das estratégias da empresa, percebe-se como o marketing está ligado com a estratégia corporativa, uma vez que segundo HANSEN (1986, p. 27), os responsáveis pelo marketing e aqueles que executam a direção geral da organização são as pessoas que mais analisam o ambiente da empresa na escolha e definição por produtos e mercados. E por esta razão que ora este papel cabe ao marketing e ora cabe à direção geral, mas com certeza, no ponto de vista do autor, a decisão final se baseará nas informações captadas pela área de marketing da organização.

Para KOTLER(2000, p. 86), o plano de marketing abrange o plano de marketing estratégico e o plano de marketing tático. Para o autor :

“ O plano de marketing estabelece os objetivos gerais e a estratégia de marketing com base em uma análise da situação e das oportunidades de mercado atuais. O plano de marketing tático delinea táticas específicas de marketing, incluindo táticas de propaganda, formas de comercialização, preços, canais e serviços.

O plano de marketing é o instrumento central para direcionar e coordenar o esforço de marketing .”

De maneira complementar, WEINSTEIN (1995, p. 31) define que :

“O plano de marketing é uma abordagem sistemática para coordenar todas as atividades de marketing - um plano de ação. Este documento, feito sob medida, desenvolvido especialmente para as necessidades particulares da empresa. deve fazer parte de um plano genérico de negócios e de uma estratégia de longo prazo. Um plano de marketing bem construído constitui uma ferramenta dinâmica, capaz de antecipar mudanças e refletir o futuro.”

Além disso, LAS CASAS (1999, p. 13) comenta que a organização deve estar em sintonia com o mercado e deve buscar nas mudanças a chave para o seu sucesso. Para tanto, o autor crê que a organização não deve comportar-se como uma empresa de antigamente. Conclui-se desta maneira que o plano estratégico de marketing é o instrumento adequado para esta ‘atualização’ da empresa no mercado, provocando um comportamento mais dinâmico e menos rígido frente ao mesmo.

3.7 Fases de um plano de marketing

Em linhas gerais, os planos estratégicos de marketing são semelhantes entre si ao apresentarem uma estrutura ordenada desde a identificação do ambiente interno e externo, identificação de ameaças e oportunidades, definição da missão da organização, elaboração das estratégias, planos de ação e avaliação e controle. Assim, serão apresentados alguns destes modelos.

Pela análise dos referenciais teóricos, percebe-se que o planejamento estratégico de negócios antecede o plano de marketing, servindo de base estrutural para o último. Assim, COBRA (1992, p. 78) coloca as seguintes etapas de um planejamento estratégico de negócios:

- “Definição do negócio e da missão corporativa;
- Análise de cenários interno e externo;
- Avaliação de recursos;
- Definição de objetivos e metas;
- Formulação de estratégias;
- Preparação do plano estratégico;
- Implantação do plano;
- Controle dos resultados do plano.”

Missão do negócio por COBRA (1992, p. 79) significa o propósito da empresa para ela poder suprir as necessidades internas com vistas a sobrevivência, crescimento, lucratividade e desempenho social responsável na sua comunidade. A missão deve definir seu negócio. Normalmente, uma pergunta que responde qual a missão em determinada empresa é : “Por que e para que a nossa organização existe ?”

KOTLER (1998, p 24) comenta que :

“A definição clara da missão age como uma ‘mão invisível’ guiando as pessoas dentro da organização a fim de que elas possam trabalhar no sentido de atingir os objetivos totais da organização, de forma independente mas ao mesmo tempo coletiva”.

A análise dos cenários interno e externo, serve para se identificar e tomar ações para realização de melhorias em pontos fracos e para se aproveitar as oportunidades que a situação apresenta. Para COBRA (1992, p. 80), a avaliação dos pontos fortes e fracos em uma empresa deve acontecer periodicamente, e assim sendo, “a empresa estará apta a minimizar o impacto de suas vulnerabilidades ocasionais. Ao analisar as ameaças e as oportunidades, poderá viabilizar oportunidades únicas em seu negócio”

Esta primeira etapa relatada acima envolve o chamado ambiente de marketing. Toda empresa é exposta a forças mutantes do ambiente, considerando-se o ambiente interno, há clientes, diferentes setores da organização, fornecedores, concorrentes, canais, etc. O ambiente externo da empresa segundo KOTLER (1998, p.49) envolve a demografia da região, a economia, a natureza, a tecnologia, a política, e a cultura.

A avaliação dos recursos, envolve a empresa de maneira global como os recursos humanos, recursos financeiros, recursos materiais, recursos tecnológicos. Constitui um levantamento por setores das disponibilidades da empresa. Assim é possível a identificação das potencialidades que poderão alavancar mudanças estratégicas na organização.

Após a percepção de como está a organização através dos passos anteriormente citados, é hora de se definir objetivos e metas. Para COBRA (1992, p.81) : “ O objetivo é algo que se quer alcançar e a meta é a quantificação desse alvo”. Os objetivos estratégicos podem ser realizados em prazos diversos como curto, médio ou longo prazo. Eles também podem ser conduzidos para a lucratividade, segmentação de mercado, produtividade, participação no mercado, excelência de serviços, etc. KOTLER (1999, p. 25) acentua que “A missão da empresa é traduzida em uma série de objetivos para o período corrente, que devem ser o mais específicos possível”. COBRA (1992, p 81) alerta que os objetivos devem ser postos em bases exequíveis, caso contrário poderão comprometer o planejamento estratégico.

Na formulação das estratégias, estas devem sinalizar os caminhos para se alcançar os objetivos e metas anteriormente traçados. Estratégias podem estar direcionadas para o mix

de marketing, diferenciação de produtos, segmentação de mercado (concentração em foco), liderança em custo baixo, etc. Através das implementação das estratégias, a empresa busca vantagens competitivas duráveis (COBRA, 1992, p.82).

Na etapa da preparação do plano estratégico, deve-se alocar os recursos necessários nos devidos locais. Deve-se priorizar os objetivos traçados e motivar as pessoas envolvidas no processo á participação. Deve haver também um cronograma de realização.

Na etapa de implantação do plano, KOTLER (1998, p.35) comenta que este,

“É um processo que transforma as estratégias e os planos de marketing em ações de marketing, para que os objetivos estratégicos sejam atingidos A implementação envolve as atividades diárias e mensais que efetivamente põem o plano de marketing em funcionamento”.

Deve-se orientar e supervisionar as pessoas envolvidas para se cumprir devidamente o plano. KOTLER (1998, P.36) comenta que para o êxito da implantação do plano é necessário que as estratégias de marketing se encaixem na cultura da empresa. E neste momento que se verifica se todo planejamento anterior foi traçado de maneira realista e exeqüível.

A última etapa considerada no modelo de plano estratégico segundo COBRA lida com o controle do plano Neste momento, é necessário controlar o plano de maneira adaptativa com as mudanças ambientais que vão ocorrendo ao longo de sua aplicação O controle tanto verifica se o plano está sendo cumprido de acordo com o planejado como também adapta suas diretrizes segundo as necessidades ambientais.

Na visão de KOTLER (2000, p.86), o planejamento estratégico exige ações nas seguintes área de importância :

“A primeira é gerenciar os negócios da empresa como uma carteira de investimentos. A segunda área-chave envolve a avaliação dos pontos fortes de cada negócio, considerando a taxa de crescimento de mercado e a posição competitiva da empresa nesse mercado. A terceira área-chave é a estratégia. A empresa deve desenvolver um plano de ação para cada um de seus negócios, a fim de atingir seus objetivos de longo prazo.”

Segundo WEINSTEIN (1995, p. 33), as fases do plano de marketing abrangem cinco passos que são: análise da situação e do mercado, objetivos de marketing, elaboração de estratégias, implantação e avaliação. O primeira fase da análise da situação e do mercado

envolve a condução de auditoria de segmentação de mercado, pesquisa sobre fatores de mercado, análise da concorrência e avaliação das forças ambientais. A fase seguinte, objetivos de marketing, sugere sua definição em concordância com a missão da empresa e com as metas gerais e também fixa metas específicas. A fase da elaboração de estratégias é feita sobre os mercados-alvo e inclui o projeto do composto de produto, a elaboração de promoção, a fixação de preços e a organização da distribuição. Na fase de implementação, se coordena todos os esforços e se transforma planos em ações. Já na última fase, esta é considerada etapa de revisão e avaliação do desempenho.

Para COBRA (1992, p. 94). o planejamento de marketing é composto por 10 etapas (ou tarefas) que são :

- Tarefa 1 — Estabelecer missão, escopo e metas da empresa;
- Tarefa 2 — Organizar o plano;
- Tarefa 3 — Análise da situação;
- Tarefa 4 — Estabelecimento dos objetivos de marketing;
- Tarefa 5 — Definição das estratégias;
- Tarefa 6 — Formulação detalhada dos programas;
- Tarefa 7 — Escrever o plano;
- Tarefa 8 — Comunicação e implementação do plano;
- Tarefa 9 — Controle do plano;
- Tarefa 10 — Atualização do plano.

As fases de um planejamento de marketing, segundo MATTAR (1997, p. 24) são:

- “Obtenção de informações;
- Análise de dados e informações;
- Diagnóstico:
 - interno: pontos fortes e fracos da empresa;
 - externo: ameaças e oportunidades do mercado;
- Prognóstico: previsões das variáveis não controláveis;

- Decisões:
 - fins: objetivos e metas;
 - meios: estratégias de mercado, estratégias de produto, estratégia de preço, estratégia de distribuição, estratégias de comunicação, estratégia de vendas, estrutura organizacional de marketing e vendas;
- Elaboração de planos de ações: detalhamento do que fazer, quem vai fazer, quanto vai fazer, como fazer, quando fazer, com que objetivo, a que custo e com que organização;
- Execução e controle.”

De maneira concisa, percebe-se que a importância de um plano de marketing está na correta análise do cenário ambiental e na definição exequível dos objetivos, e que os passos mostrados nos diversos modelos apresentados servem como guias neste processo. Os passos são apresentados numa sequência lógica, e quanto mais claros são estabelecidos, maior a chance de conduzir sua elaboração por uma análise adequada.

4 METODOLOGIA

4.1 Metodologia do planejamento estratégico de marketing

4.1.1 Caracterização da pesquisa

Esta pesquisa é do tipo qualitativa que para TRIVINOS (1995 p. 121) deriva da investigação etnográfica. Este tipo de investigação faz descrições do real cultural que precisa ser conhecido e que se tem interesse em conhecer.

Algumas características deste tipo de pesquisa apresentadas por TRIVINOS (1995. p. 128) segundo o pensamento de Bogdan são :

- A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave;
- A pesquisa qualitativa é descritiva;
- Os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e o produtos;
- Os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente;
- Significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa.”

Neste tipo de pesquisa, segundo o autor, não existe visão isolada das partes do estudo, sendo que elas estão relacionadas. Assim, observa-se que a pesquisa qualitativa aborda um universo mais complexo que a pesquisa quantitativa que trabalha com dados estatísticos quantificáveis.

4.1.2 Delineamento da pesquisa

4.1.2.1 Quanto aos fins

Quanto aos fins, a pesquisa qualitativa será exploratória e descritiva.

A pesquisa exploratória visa auxiliar na formação da base conceitual de um determinado assunto, onde o pesquisador irá aprofundar seus conhecimentos a cerca do

problema de pesquisa e, segundo TRIVINOS (1995, p. 109), “encontrar os elementos necessários que lhe permitam, em contato com determinada população, obter os resultados que deseja”.

Já o estudo descritivo, por sua vez, tende a “descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade” (TRIVINOS, 1995, p. 110). Neste tipo de pesquisa MATTAR (1997, p.77) comenta que se procura responder a questões do tipo: quem, o quê, quanto, quando e onde.

4.1.2.2 Quanto aos meios

Quanto meios de investigação será realizado um Estudo de Caso, considerado uma subcategoria do estudo descritivo.

Para TRIVINOS (1995, p. 133), “estudo de caso é uma categoria de pesquisa cujo objetivo é uma unidade que se analisa profundamente”. E, é caracterizado conforme a natureza e a abrangência da unidade. No caso, a unidade onde se desenvolverá um estudo aprofundado é a Clínica de Olhos São Sebastião.

4.1.3 Técnica de coleta de dados

As técnicas de coleta de dados empregadas nesta pesquisa serão a observação participante, análise documental, a entrevista e a pesquisa de marketing.

O conceito de observação participante para CRUZ NETO (1994, p. 59), é:

“A técnica de observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos contextos sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados.”

Além disso, o autor acrescenta que :

“A importância desta técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações e fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real”.

A análise documental a ser utilizada abrangerá documentos internos da empresa referentes a produção médica, contabilidade e finanças, e também documentos externos como periódicos da área médica e outros documentos fornecidos por instituições competentes.

A entrevista pode ser entendida como “Uma conversa a dois com propósitos bem definidos” conforme afirma CRUZ NETO (1994, p. 57). As formas de entrevistas empregadas serão semi-estruturadas com o proprietário da Clínica de Olhos São Sebastião. Esta técnica de entrevista semi-estruturada, segundo TRIVINOS (1995, p.146) é :

“Aquele que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam a pesquisa. e que em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de hipóteses que vão surgindo a medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa”.

Em relação á técnica de pesquisa de marketing MATTAR (1997, vol. 1, p. 42) comenta que :

“A pesquisa de marketing faz parte do sistema de informação de marketing da empresa e visa coletar dados pertinentes e transformá-los em informações que venham a ajudar os executivos de marketing na solução de problemas específicos e esporádicos que surgem durante o processo de administração de marketing”.

A pesquisa de marketing a ser aplicada fornecerá dados importantes vindos dos clientes da Clínica de Olhos São Sebastião, o que possibilitará maior aproximação com a realidade de seu público A metodologia específica deste instrumento de coleta de dados segue neste capítulo, após a técnica de coleta de dados, do planejamento estratégico de marketing.

4.1.3.1 Dados Primários

Dados primários, segundo MATTAR (1997, vol 1, p. 134) “ São aqueles que não foram antes coletados , estando ainda em posse dos pesquisados, e que são coletados com o propósito de atender às necessidades específicas da pesquisa em andamento”. Os dados primários a serem coletados neste trabalho são documentos internos e os dados obtidos na pesquisa de marketing.

4.1.3.2 Dados Secundários

Para MATTAR (1997,p. 134),

“Dados secundários: são aqueles que já foram antes coletados, tabulados, ordenados e, as vezes, até analisados, com propósitos outros ao de atender às necessidades da pesquisa em andamento, e que estão catalogados á disposição dos interessados”.

Assim, os dados secundários que serão coletados nesta pesquisa são a documentação interna e publicações. A documentação interna pré existente abrange planilhas eletrônicas sobre produção médica, movimentação financeira, despesas, entre outras. As publicações com conteúdos mais direcionados para a área da saúde situam-se em publicações de entidades não governamentais da área.

4.1.4 Técnica de análise de dados

A técnica de análise de dados empregada nesta pesquisa será o método de análise do conteúdo que segundo TRIVINOS (1995, p. 160) consiste em:

“ um conjunto de técnicas de análise das comunicações. visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) das mensagens.”

As etapas deste processo são a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial. Na pré-análise é a fase em que se organiza o material. Na fase da descrição analítica, o corpo do trabalho iniciado na pré-análise é submetido a um estudo aprofundado orientado pelos referenciais teóricos. Na etapa da interpretação referencial, TRIVINOS (1995, p 162) comenta que:

“A reflexão, a intuição, com embasamento nos materiais empíricos, estabelecem relações, aprofundando as conexões das idéias, chegando, se é possível (...), a propostas básicas de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais.”

4.2 Metodologia da pesquisa de marketing

4.2.1 Caracterização da pesquisa

O tipo de pesquisa a ser desenvolvido será do tipo quantitativa que para KIRK & MILLER, 1986 in MATTAR (1997, vol 1, p. 77), “procura medir o grau em que algo está presente”.

Além disso, os dados, segundo o mesmo autor, “são obtidos de um grande número de respondentes, usando-se escalas, geralmente numéricas, e são submetidos a análises estatísticas formais” (MATTAR 1997, vol. 1, p. 77).

4.2.1.1 Delineamento da pesquisa

4.2.1.1.1 Quanto aos fins

Será realizada uma pesquisa exploratória e conclusiva descritiva a fim de obter-se componentes informativos que possam auxiliar na construção do objetivo do trabalho.

A pesquisa exploratória como já foi falado, visa auxiliar na formação da base conceitual de um determinado assunto, onde o pesquisador irá aprofundar seus conhecimentos a cerca do problema de pesquisa e, segundo TRIVINOS (1995, p 109),

“encontrar os elementos necessários que lhe permitam, em contato com determinada população, obter os resultados que deseja”.

A pesquisa conclusiva descritiva segundo MATTAR (1997, vol 1, p.85) é caracterizada por possuir: objetivos bem definidos, procedimentos formais, serem bem estruturadas e dirimidas para a solução de problemas ou avaliação de alternativas de cursos de ação.” Para o autor, neste tipo de pesquisa “o pesquisador precisa saber exatamente o que pretende com a pesquisa, ou seja, quem e (ou) o que deseja medir, quando e onde o fará, como o fará e por que deverá fazê-lo.

4.2.1.1.2 Quanto aos meios

Quanto meios de investigação será realizado um Estudo de Caso.

Para TRIVINOS (1995, p. 133), “estudo de caso é uma categoria de pesquisa cujo objetivo é uma unidade que se analisa profundamente”. E, é caracterizado conforme a natureza e a abrangência da unidade. No caso, a unidade onde se desenvolverá um estudo aprofundado é a Clínica de Olhos São Sebastião.

4.2.2 Técnica de Coleta de Dados

As técnicas de coleta de dados utilizadas neste trabalho serão a comunicação e a análise documental interna e externa.

Para MATTAR (1997, vol 1, p. 186) “ o método da comunicação consiste no questionamento, verbal ou escrito, dos respondentes para a obtenção do dado desejado, que será fornecido por declaração, verbal ou escrita, do próprio.”

4.2.2.1 Dados Primários

Os dados primários serão coletados através do método de comunicação das entrevistas estruturadas, não disfarçadas.

Para MATTAR (1997, vol. 1, p. 160):

“ O método da entrevista é caracterizado pela existência de uma pessoa (entrevistador) que fará a pergunta e anotará as respostas do pesquisado.(...) A entrevista pessoal consistirá em o entrevistador e o(s) entrevistados estarem em contato pessoal para a obtenção dos dados.”

Segundo o mesmo autor,

“Instrumentos de comunicação estruturados não disfarçados são típicos de pesquisas conclusivas, principalmente levantamentos amostrais e estudos de campo. Neste instrumento, comumente denominado questionário, as perguntas são apresentadas exatamente com as mesmas palavras, sempre na mesma ordem e com as mesmas opções de respostas a todos os respondentes” (MATTAR. 1997. vol. 1. p 160).

4.2.3 Amostragem

“Amostra é qualquer parte de uma população. Amostragem é o processo de colher amostras de uma população” MATTAR (1997, vol. 1, p. 260). Trabalhar-se com amostras subentende que analisando-se alguns elementos da população, se obterá informações pertinentes de toda uma população.

O tipo de amostragem a ser utilizada neste trabalho é não probabilística por tráfego. Uma amostra não probabilística significa “aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende, ao menos em parte, do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo.” MATTAR (1997, vol. 1,p.266). Uma amostra não probabilística por tráfego segundo o mesmo autor é aquela em que o pesquisador entrevista pessoas que trafegam por determinado local de acordo com quotas determinadas. No caso, o local determinado para fazer entrevistas é a Clínica de Olhos São Sebastião. As quotas determinadas são o valor total da amostra, considerando-se que o pesquisador deve fazer entrevistas em diferentes horários e dias na semana de maneira a abranger de maneira mais fiel, o público alvo da pesquisa.

Para o cálculo da amostra, considera-se a fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{e^2 (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

FONTE : MATTAR, 1997, vol. 1. p.336

Onde,

n = numero da amostra

N= número da população

Z= valor da variável “z” para o nível de confiabilidade adotado

P= proporção de ocorrência

Q= proporção de não-ocorrência

e = erro máximo admitido

Considera-se população finita de 8610 de clientes atendidos na Clinica de Olhos São Sebastião no ano 2000, (N). Para um nível de confiabilidade de 95% o valor de “Z” é 2. A proporção de ocorrência (P) e a proporção de não-ocorrência (Q) são de 50% . O erro máximo admitido (e) é de 7%.

Assim, pela aplicação da fórmula com os dados acima listados, tem-se um número de amostra (n) de 199,37 que arredonda-se para 200.

4.2.4 Técnica de Análise de Dados

Para TRIVINOS, (1995, p. 160), a análise do conteúdo, é :

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) das mensagens.”

A análise de dados se dará através do método descritivo . Este método consiste em “proporcionar informações sumarizadas dos dados contidos no total de elementos da(s) amostra(s) estudada(s)”. MATTAR (1997, vol. 1, p.66). Além disso, o autor coloca que os métodos utilizados em pesquisa de marketing na pesquisa descritiva compreendem: medidas de posição, medidas de dispersão e medidas de associação. As medidas de posição mostram o comportamento considerado “típico” da amostra. A medida de dispersão mede como os indivíduos estão distribuídos no grupo amostral. E, as medidas de associação medem o nível de relacionamento existente entre duas ou mais variáveis.

5. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

O plano de marketing desenvolvido por este trabalho envolverá a Clínica de Olhos São Sebastião , de maneira global, procurando diagnosticar sua situação atual, através da identificação da ameaças e oportunidades e de seus pontos fortes e fracos e estabelecer o Prognóstico para se alcançar os objetivos da organização.

5.1 Diagnóstico Situacional

5.1.1 Avaliação do ambiente externo

No estudo do ambiente externo da COSS, fala-se do Macroambiente da empresa, que neste caso são apontados os ambientes de maior significância para este estudo. São eles o ambiente político-econômico, o ambiente médico-científico, o ambiente tecnológico, o ambiente ético, a concorrência e os fornecedores. Naturalmente, este estudo é direcionado à área da saúde por se tratar do estudo de uma Clínica de Olhos.

Além disso, percebe-se que estes ambientes acima citados, não se posicionam separadamente de maneira autônoma. Cada um destes ambientes são intercomplementares, sendo que a vertente política – econômica - tecnológica mostra-se determinante para a compreensão do Macroambiente estudado.

A verificação destes ambientes citados, como um conjunto, contextualizará a COSS.

5.1.1.1 Ambiente político-econômico

O panorama político da saúde no Brasil é crítico. A Constituição Brasileira de 1988, no artigo 196, diz que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”. No artigo 198 é acrescentado que “o Sistema Único de Saúde (SUS) será financiado (...) com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. Se a lei acima descrita fosse reflexo do que acontece na realidade, nenhum cidadão ficaria sem a

assistência médica adequada e também não faltariam recursos financeiros para a saúde. E, isto não é o que acontece no convívio brasileiro.

Segundo artigo “ SUS que não dá certo – FHC é interpelado judicialmente ”, (Saúde Hoje , 1997, p. 12),

“O governo manipula os recursos arrecadados para a Seguridade Social e desvia o dinheiro para pagamentos da dívida pública. E a causa para essa falta de recursos é resultante de decisões diretas do Executivo, como o desvio de recursos da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), congelamento de tabelas e defasagem no repasse de pagamento do SUS.”

Para o presidente da Confederação Nacional de Saúde (CNS) Francisco Ubiratan Dellape (Confederação Nacional de Saúde ,1997, p. 2), :

“O Ministério da Saúde, não tem a hombridade, a coragem e a honestidade de confessar e divulgar à população carente que há limites a serem obedecidos e que, uma vez atingidos, encerram e impedem os atendimentos daquele mês, qualquer que seja a data”.

Além disso, sabe-se que segundo informativo Boletim Médico (Sindicato dos Médicos de Santa Catarina, fev/ mar 2000, p. 11), o Brasil investe na saúde um pouco mais que R\$ 150,00 por habitante ao ano, que é cerca de R\$ 12,00 ao mês, sendo metade do investimento feito pela Argentina, Chile e Venezuela. Neste artigo fala-se também que “a população que depende do SUS (Sistema Único de Saúde), espera por condições mais dignas de saúde. E os médicos permanecem desmotivados, pela baixa remuneração oferecida pelo SUS, que paga R\$ 2,55 por uma consulta.”

Geraldo Swiech, Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado de Santa Catarina (SIMESC), comenta a situação dos médicos que atendem no SUS :

“A maioria dos médicos que atuam nos hospitais da rede estadual de Saúde ainda tem dois salários atrasados e o governo se utiliza desta situação para não discutir o reajuste. Além disso, o governo não pagou as progressões por tempo de serviço previstas no Plano de Cargos, Carreiras e Salários e promoveu a compressão da tabela salarial, colocando os salários dos agentes de serviço muito próximos dos profissionais de nível superior, entre eles, os médicos.” (Sindicato dos Médicos do Estado de Santa Catarina, out/nov/dez 2000, p. 3)

Segundo Sindicato dos Médicos do Estado de Santa Catarina (fev/ mar 2000, p. 11), a nova proposta para o orçamento da saúde (PEC Aglutinativa 86-A) reverterá para o SUS 30% do orçamento de Seguridade Social da União, 10% da receita proveniente de impostos, percentual variável de 7% a 15 % (até o ano 2004).

Apesar da difícil situação por que estão passando os servidores da saúde pública, em pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (Kauffman, 2001), percebeu-se que o número de estabelecimentos de saúde praticamente se manteve, considerando-se o crescimento populacional. O aumento registrado de 1992 a 1999 que varia de 49 mil para 56 mil estabelecimentos (alta de 14%), foi pouco maior que o aumento da população no período. Assim, em 1992 havia um hospital ou clínica para 3005 habitantes, enquanto que em 1999 passou para um a cada 2946 habitantes.

Neste contexto, a área privada teve crescimento marginal de 22 mil em 1992 para 23 mil em 1999. No setor público, houve um significativo aumento de 27 mil para 33 mil estabelecimentos (aumento de 22%). Esta diferença se deve, em parte porque na iniciativa privada, com o avanço das técnicas cirúrgicas e levando-se em conta o perigo da infecção hospitalar tem diminuído o período de internação do paciente no hospital ou clínica.

Já o aumento no setor público dos estabelecimentos de saúde é devido, segundo mesma fonte do IBGE, à aplicação da Constituição de 1988 que atribuiu maior responsabilidade aos municípios na gestão da saúde. Em 1992, os municípios administravam 18,6 mil dos 27 mil hospitais públicos do país (67% do total). Já em 1999, dos 33 mil hospitais de responsabilidade estatal, 30 mil (91%) já estavam sendo administrados pelos municípios. Nesta pesquisa feita pelo IBGE, foi considerado apenas o número destes estabelecimentos, sem considerar a condição de trabalho dos servidores da saúde, suas remunerações, os recursos de materiais e medicamentos disponíveis, o grau de inovação tecnológica, etc.

Diante da situação de insuficientes recursos para a saúde pública, estão aumentando o número de empresas privadas que oferecem planos de saúde ou seguros-saúde para parte da população que pode pagar, pois sabe-se que o serviço público de saúde não consegue dar conta da demanda de maneira adequada. Segundo o Sindicato dos Médicos do Estado de Santa Catarina (fev/ mar 2000, p. 7), há 40 milhões de brasileiros usuários destes planos.

Em concordância com este panorama, SWIECH (2000, p.2) comenta a atual situação político econômica da saúde no país :

“O Brasil, hoje, é o segundo mercado de saúde onde predomina a iniciativa privada, somente atrás dos EUA. E é o mercantilismo hoje quem determina as ações de saúde em nosso país, inclusive o exercício da medicina. Foi-se o tempo do médico liberal, onde o profissional é quem definia suas ações e seus honorários. Hoje, o mercantilismo é quem está determinando as principais ações do cotidiano da medicina. Abrem-se cursos de medicina por todo o Brasil, inclusive com a conivência de vários colegas, arrocham-se salários, terceirizam-se serviços públicos, planos e seguradoras de saúde nos pagam cada vez menos, lucrando cada vez mais, subempregam médicos, interferem nos atos médicos. É o que temos em comum com os colegas do norte. Só que com a diferença que lá a média de ganhos profissionais giram em torno de 200 mil dólares e os gastos com saúde passam de 3 mil dólares ao ano por habitante.”

A situação da saúde privada brasileira através de planos de saúde também não coloca médicos e pacientes numa posição mais confortável. Operadoras de saúde estavam descredenciando médicos ‘zelosos’ de maneira arbitrária. Em artigo do Jornal do Brasil (dia 09/04/01, coluna X) sobre esta situação, comenta-se que estes médicos “em nome da boa técnica e do zelo profissional, pedem o que algumas dessas empresas consideram como número exagerado de exames. Exames aumentam os custos e, como ensina a boa matemática, reduzem o lucro.”

Pacientes queixam-se por deixarem de ser assistidos por médicos de sua preferência de um momento para o outro, desconhecendo a situação ocorrida. Diante disto, o Conselho Federal de Medicina interveio através da aprovação de uma resolução proibindo o descredenciamento arbitrário de médicos pelas seguradoras dos planos de saúde sem a apresentação de motivo justo. Obriga também a seguradora a comunicar o fato a todos os seus credenciados, evitando situações desagradáveis.

Outra situação que prejudica pacientes de planos de saúde, segundo relatos do artigo “Procedimentos complexos provocam discussão”, (Jornal Estado de São Paulo, 2001) é a discriminação daqueles que já possuem doenças preexistentes no momento da inscrição junto as mesmas. Estes pacientes, portadores de determinadas doenças, utilizam-se de uma série de procedimentos complexos que as seguradoras resistem em fornecê-los livremente.

A resolução n. 41 da Agência Nacional da Saúde (ANS) que entrou em vigor em janeiro de 2001 e se torna válida para planos contratados a partir de 1999 trata-se destes procedimentos considerados de alta complexidade. Com esta resolução em prática, os pacientes portadores de doenças preexistentes não podem ter negados o plano de saúde, porém, com uma carência de 24 meses nestes procedimentos de alta complexidade. Neste

período de carência, as operadoras podem oferecer estes procedimentos cobrando preço além do normal.

Segundo o mesmo artigo (Jornal Estado de São Paulo, 2001), “o termo preexistente não tem, para a AMB (Associação Médica Brasileira), fundamentação médica ou científica e fere os princípios constitucionais ou de direitos humanos.” Além disso, Lúcia H. Magalhães, assistente de direção do PROCON-SP (Órgão de Proteção ao Consumidor de São Paulo) fala que a resolução n. 41 da ANS “não condiz com o Código de Defesa do Consumidor, pois permite que se neguem muitos procedimentos, inclusive de emergência.” A assistente de direção também considera o prazo de carência longo demais. Estas duas entidades (AMB e PROCON-SP) enviaram notificação de repúdio à ANS, criticando a referida resolução.

Segundo artigo “Contra os abusos dos planos de saúde” (Jornal da Medicina, 2000) fala-se que:

“A lei que regulamentou os planos e seguros-saúde deixou lamentável lacuna que veio em prejuízo dos pacientes: não criou normas de relacionamento entre as operadoras e os médicos. O resultado é que detendo o poder econômico, essas empresas impõem seus interesses, mesmo que isto signifique, aos usuários o agravamento do estado de saúde e humilhações pessoais”

Frente a esta situação, o Conselho Federal de Medicina (CFM), além de outros órgãos ligados à saúde tem se posicionado de maneira atuante, muitas vezes através de espaços políticos nacionais para tentar freiar as ações exploratórias e mercantilistas dos planos de saúde, procurando regulamentações mais justas e adequadas ao bem estar geral. Através do I Congresso Brasileiro e II Congresso Paulista de Política Médica, realizado em novembro de 2000 em São Paulo pela AMB e pela Associação Paulista de Medicina resoluções fundamentais foram tomadas tais como:

- Aprovar uma Comissão Parlamentar de Inquérito dos planos de saúde;
- Aprimorar a regulamentação dos planos de saúde, contemplando a relação entre empresas e prestadores de serviço (especificamente os médicos) e os processos envolvidos no credenciamento ou descredenciamento destes profissionais;
- Envolver a ANS na relação entre empresas e prestadores de serviço (especialmente médicos);
- Fortalecer os departamentos centrais dos convênios, estruturando-os em conformidade com as realidades regionais, estimulando iniciativas como o Livro Regional de Saúde;

(Jornal da Medicina, 2000)

Em artigo “Referenciamento exclusivo” (Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2001, p.15) comenta-se que:

“É evidente que a relação entre os médicos e as empresas operadoras de planos de saúde depende de fatores regionais. Assim sendo, onde os médicos são unidos e as entidades médicas fortes, a relação tende a ser mais vantajosa para os contratados. A recíproca é verdadeira. A desunião e a omissão alteram a relação de forças”.

Em Santa Catarina esta união está virando realidade. Neste momento, Santa Catarina une suas forças representativas através da atuação conjunta da Associação Catarinense de Medicina (ACM), do Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CREMESC) e do Sindicato dos Médicos do Estado de Santa Catarina (SIMESC). Estas entidades, se unem a fim de aumentarem suas forças frente a lutas por que enfrentam a classe médica.

CRIPPA (2001, p. 2), presidente da ACM, declara que os desafios da entidade por ele representada para o ano de 2001 são:

- A campanha pela qualidade no ensino médico;
- O combate dos abusos praticados por alguns planos de saúde contra os médicos e a população usuária;
- A busca pelas condições dignas e justas para o trabalho médico;
- A defesa incondicional do associativismo na união de forças de nossa classe.

Já o presidente do SIMESC, SWIECH (2000, p. 2) enumera as atuais metas de sua entidade :

- Atuação destacada nas ações de políticas públicas de saúde, participando de conselhos, conferências, negociando quando possível e enfrentando quando necessário nossos empregadores;
- A busca de melhores orçamentos para a área pública e melhores honorários na área privada;
- A luta incessante contra a ação do mercantilismo na área dos cursos de medicina;
- A busca de qualificar as escolas já existentes;
- A defesa constante do cooperativismo de trabalho e de crédito dos médicos;
- Além de muitas outras ações que não é possível enumerar.

SWIECH (2000, p. 2), em comentário retrospectivo da atuação do sindicato nos últimos 20 anos traz um panorama conclusivo a respeito dos médicos e da saúde hoje :

“A profissão médica também evoluiu e sofreu profundas mudanças. A quantidade de médicos cresceu brutalmente, o sistema de saúde pública modificou a estrutura centralizada, mas manteve a tendência de pequenos aportes financeiros para a área. A tendência do médico liberal foi aniquilada pelas empresas mercantilistas, que dominam o mercado privado de saúde, e os médicos assalariados convivem, hoje, com a política neo-liberal de precarização dos direitos sociais.”

5.1.1.2 Ambiente médico-científico

Para LÍPENER (2001, p.3), chefe do setor de Refração e Lentes de Contato do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo, “a oftalmologia vem se tornando uma especialidade cada vez mais ampla, visto que o conhecimento nas diversas sub-especialidades não para de crescer”.

Hoje, sabe-se que a oftalmologia, apesar de ser uma especialidade da medicina direcionada à visão, uma pequena área do corpo, ela desenvolveu muitas sub-especialidades, tornando-se uma área complexa. Segundo médico oftalmologista SANTA RITTA (2001), a oftalmologia abrange : refração, lentes de contato, córnea, cristalino (catarata), retina, vítreo, esclera, bulbo ocular, íris e corpo ciliar, músculos (estrabismo), órbita, pálpebra, vias lacrimais, plástica ocular, doenças externas, oftalmologia pediátrica, glaucoma, uveíte, neuro-oftalmologia e visão sub-normal.

Em relação à área da refratometria, LÍPENER (2001, p.3), esta é considerada como uma das principais e a mais antiga da área da oftalmologia. Para o médico, esta área utiliza conceitos antigos porém amparados em modernos recursos tecnológicos, cada vez mais usados com a finalidade de tornar a correção óptica mais eficiente, confortável e estética.

Segundo depoimento do médico LAVINSKY (abr./ 2001, p. 2), presidente da Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo, é possível perceber a evolução da ciência oftalmológica especializada nos últimos 30 anos, obtendo significativos progressos, apesar de se deparar frente a desafios ainda não superados. O autor também comenta o significativo posicionamento dos médicos brasileiros no contexto da pesquisa médica oftalmológica .

LAVINSKY (abr./ 2001, p. 2), acentua que mesmo frente aos referidos avanços científicos sua preocupação também está nas ações de reabilitação e treinamento aos pacientes lesados:

“Mesmo agora, devemos absorver os avanços sem prescindir dos cuidados de reabilitação educacional e visual aos deficientes profundos, utilizando treinamento para a auto-suficiência à locomoção e atuação profissional e recursos ópticos e eletrônicos para a visão sub-normal, já disponíveis mais subtilizados.”

Assim, o autor reflete uma postura médica assistencial frente a uma medicina tão científica mas nem por isto menos humana.

Na finalização do texto, o autor confirma a posição privilegiada da oftalmologia brasileira nos aspectos assistencial e científico, lembrando que o conhecimento é um bem em constante construção:

“A oftalmologia brasileira pode se orgulhar da sua atuação tanto no aspecto assistencial como científico na área de retina. O futuro nos reserva muito progresso porque existe uma constante busca do saber.” (LAVINSKY, abr./ 2001, p. 2),

Já o depoimento de Kara José em artigo do CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA (jan/fev 2001, p.7) defende o seguinte panorama da oftalmologia brasileira hoje:

“Na oftalmologia existe, por um lado o grande avanço científico que se reflete no surgimento de técnicas cada vez mais aprimoradas, aparelhos cada vez mais sofisticados e na possibilidade de realização de intervenções cada vez mais eficientes em benefício da saúde do paciente. Mas existe, também, o avanço do chamado *Manage Care*, que é o controle de custos substituindo o saber médico, o avanço de outros profissionais sobre a área médica e o desafio, ainda não vencido, de levar a assistência oftalmológica de qualidade para toda a população, inclusive os mais carentes.”

Além do exposto, Kara José in CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA (jan/fev 2001, p.7) é capaz de sugerir soluções possíveis frente à situação :

“Temos que apresentar respostas cada vez mais criativas aos desafios do presente e do futuro, baseadas na ciência, no conhecimento criado e acumulado na capacidade de atender às crescentes demandas sociais. Se o médico oftalmologista preparar-se para atender às diversas demandas sociais ou adiantar-se a elas terá muito mais condições de manifestar sua influência, mostrar sua importância e melhor realizar a missão que lhe foi confiada e que lhe é confiada a cada dia.”

Para LAVISNKY (jan/fev 2001, p. 02), as possibilidades acessíveis para se poder superar a situação de maneira a complementar à visão pró-ativa do autor anterior, seguem abaixo :

“ Devemos, portanto, preparar o futuro, mobilizando-nos em várias frentes de uma forma racional e com visão prospectiva, valorizando cada vez mais o desenvolvimento científico, gerenciando a natalidade oftalmológica, racionalizando os recursos e eventos, estimulando o credenciamento universal, vigiando os desvios éticos externos e internos, e os interesses da população e, mais do que tudo, estimulando a participação individual neste contexto complexo.”

Em relação ao direcionamento da Oftalmologia Internacional Dr. PEYMAN (2001, p. 20), comenta que “no momento, pelo mundo inteiro, a prática da oftalmologia segue atrás dos Estados Unidos. No entanto, com o acesso que a internet trouxe para a comunicação, a diferença diminuirá significativamente no futuro.”

PEYMAN (2001, p. 20) fala num aspecto bastante contemporâneo da área que é a aprendizagem continuada do médico oftalmologista, já que as técnicas cirúrgicas muito sofisticadas exigem habilidades suficientes. CRIPPA (jan/fev 2001,p. 2) , presidente da ACM, declara ser uma questão importante para a medicina, hoje, “um aprimoramento e conhecimentos através de um efetivo programa de educação continuada, de reciclagem e atualização ao veloz mundo da medicina.” Assim afirma-se a situação do rápido desenvolvimento de conhecimento técnico-científico da medicina como um todo, levando os médicos a acompanharem tais evoluções.

O avanço das técnicas atuais da área estão propiciando um atendimento ao paciente do tipo ambulatorial, que não necessita de internação, significando menos custo hospitalar, menos risco de infecção, recuperação mais precoce e mais conforto para o paciente.

É por estas razões que a formação do médico, no atual momento, é um assunto de grande importância e que vem sendo discutido a nível nacional pela Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) que leva ao Senado Federal

uma proposta para a reformulação do ensino médico brasileiro. Segundo Dra. Regina Stela in ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA (fev/2001, p.9), representante da CINAEM,

“É fundamental a análise das repercussões que esta realidade tem no sistema nacional de saúde, o custo que representa para a sociedade profissionais exercendo a atividade médica sem a devida formação científica, ética e, principalmente, sem a capacidade de reflexão sobre custos, sobre gestão etc.”

Stela in ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA (fev/2001, p.9) levanta a questão do atual papel do médico na saúde pública exigindo uma formação científica adequada, ética e reflexão administrativa. A formação científica adequada como já foi visto anteriormente, pode ser atingida com muito estudo de maneira constante e atualizada e tem como vantagem os atuais sistemas de informação disponíveis. A ética é uma questão muito importante nesta área já que lida com a saúde da população, que é um bem inestimável inserido num mercado capitalista, e submetido a condições muitas vezes inadequadas para atingir suas necessidades.

Acredita-se que Stela in ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA (fev/2001, p.9) apresenta uma abordagem lúcida quanto à atenção do médico frente a questões administrativas. Fato este, estranhamente visto para médicos de formação antiga que podem não ter percebido sua importância. Neste contexto onde a classe médica se vê entre seguradoras de saúde exploradoras, entre uma tecnologia avançada de alto custo e num mercado muito competitivo, o cuidado com uma aproximação com a ciência administrativa pode favorecer esta classe.

Por esta razão, os oftalmologistas, frente a complexidade de sua área, estão abrindo espaços importantes no trato da administração direcionada a este segmento. A Sociedade Brasileira de Oftalmologia (SBO) está promovendo para julho de 2001 o I Congresso Brasileiro de Administração Profissional em Oftalmologia abordando planejamento estratégico, Marketing, administração de custos em centros cirúrgicos oftalmológicos e em lentes de contato, terceirização, integração médicos e pessoal de apoio, internet, responsabilidade civil médica, motivação da equipe de trabalho, investimentos, Recursos Humanos, glosas, Qualidade Total, entre outros temas. Desta maneira, a SBO cria a

Sociedade Brasileira de Administração em Oftalmologia (SBAO), procurando desenvolver continuamente assuntos desta área.

5.1.1.3 Ambiente tecnológico

Na medicina, desde seus primórdios a tecnologia vem evoluindo, atravessando períodos de erros e acertos. Desde que se começou a fazer uso de equipamentos tecnológicos a evolução das técnicas se acelerou a níveis nunca antes vistos.

A tecnologia em rápida evolução e o grande número de especializações da própria medicina estão provocando no setor de saúde um aumento na quantidade de empregos para médicos. Para KAUFFMAN, (2001), “o número de postos de trabalho está aumentando por causa das novas funções criadas pela tecnologia, fato que deverá ocorrer nesta década.” No mesmo artigo, segundo pesquisa realizada pelo IBGE, o número de vagas neste setor saltou de 305 mil em 1992 para 420 mil em 1999, sendo um aumento de 40%. Esta tendência é mais acentuada no setor privado onde as vagas variaram de 150 mil empregos para 230 mil (53%), sendo que no setor público o aumento foi de 155 mil vagas para 190 mil (22%) entre 1992 e 1999.

Hospitais e clínicas empregam médicos especializados em cirurgias com laser, em biorressonância, engenheiros clínicos, nutricionistas responsáveis pela comissão de controle de infecção hospitalar, entre outras novidades diz Carmem Fonseca in KAUFFMAN (2001), superintendente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Além disso, geram simultaneamente maiores atribuições e quantidade de enfermeiros por paciente.

Segundo a FBH, “o uso de hospitais privados caiu nos últimos anos por causa da redução do período de internações.” Carmem Fonseca in KAUFFMAN (2001).

Para Carmem Fonseca in KAUFFMAN (2001)

“Há 15 anos, uma paciente de cesária ficava no hospital até 9 dias. Hoje o período médio é de 2 dias. Isso acontece em diversas áreas. Outro ponto é a infecção hospitalar, que passou a ser mais considerada. Assim, quanto menos o paciente permanecer no hospital, melhor. Esse fenômeno é ampliado pelo maior uso de clínicas. Há várias cirurgias como oftalmológicas, de varizes ou de vesícula, que podem ser feitas sem internação.” (Kauffman, R. “Tecnologia aumenta empregos médicos”, Gazeta Mercantil, 09 abril 2001):

Na oftalmologia não foi diferente, o cuidado com a visão acelerou o avanço tecnológico abrindo espaços para profissionais especializados em técnicas utilizadas em conjunto com aparelhagem de alta tecnologia. Há uma evolução contínua e ao mesmo tempo há também uma depreciação muito rápida de equipamentos e de técnicas. Isto ocorre principalmente na área de diagnóstico e de técnicas cirúrgicas.

Os equipamentos básicos que um consultório oftalmológico deve ter são o refrator, projetor, lâmpada de fenda, um retinoscópio, oftalmoscópio direto e indireto, cadeira e coluna, ceratômetro, tonômetro, lensômetro e pupilômetro. O consultório básico custa hoje em torno de R\$ 35.000,00. Este preço considera equipamentos de qualidade razoável, já que há muitos de qualidade superior e proporcionalmente mais caros.

Alguns equipamentos complementares para o diagnóstico em oftalmologia são:

QUADRO 1 – EQUIPAMENTOS COMPLEMENTARES PARA DIAGNÓSTICO OFTALMOLÓGICO -2001

EQUIPAMENTO	CUSTO (em dólares)
Paquímetro ultra-sônico	4.000,00
Biômetro ultra-sônico	6.000,00
Tonômetro pneumático	6.000,00
Auto-refrator	15.000,00
Topógrafo computadorizado	25.000,00
Ultra-sonografia A/B	25.000,00
Retinógrafo	30.000,00
Eletro-retinógrafo	30.000,00
Microscópio especular para córnea	35.000,00
Campímetro computadorizado	35.000,00

FONTE : SANTA RITTA, 2001.

Alguns equipamentos para procedimentos (cirúrgicos ou não) são:

QUADRO 2 – EQUIPAMENTOS PARA PROCEDIMENTOS - 2001

EQUIPAMENTOS	CUSTO(em dólares)
Microscópio cirúrgico	de 15.000,00 até 60.000,00
Faco-emulsificador	de 20.000,00 até 55.000,00
Vitreófago	de 25.000,00 até 60.000,00
Endolaser	30.000,00
Yag Laser	35.000,00
Laser de argônio	45.000,00
Eximer laser	de 360.000,00 até 500.000,00

FONTE : SANTA RITTA, 2001.

Em relação aos instrumentos cirúrgicos oftalmológicos, estes são miniaturados, de material delicado com rápido perecimento e caros.

Todos os preços acima listados foram fornecidos pelo proprietário da COSS, médico oftalmologista com 24 anos de experiência na área. Os preços com variação são decorrentes da marca do aparelho. A maioria destes equipamentos são importados.

Assim, como já foi visto anteriormente, o profissional da oftalmologia deve estar constantemente atualizado em relação às inovações técnicas. Juntamente com a evolução destas técnicas científicas estão a evolução dos equipamentos tecnológicos, dos materiais e dos medicamentos. Desta maneira na Oftalmologia está havendo uma forte ligação entre estes fatores, medicina e indústria, levando simultaneamente a um impulso para o avanço tecnológico e científico e também, tornando a medicina oftalmológica mais cara.

Segundo depoimento de Boudreaut in CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA (jan/fev 2001, p. 7), gerente geral da Alcon laboratórios do Brasil, em entrevista “Aumentando a sinergia entre indústria e os oftalmologistas”: “Sem precedentes tem sido a sinergia entre a oftalmologia e a indústria, com benéficos resultados práticos para ambos”. A Alcon possui em seu portfólio de produtos mais de 25 tipos de colírios, produtos para manutenção de lentes de contato, instrumental cirúrgico, lentes intra-oculares, soluções e viscoelásticos para cirurgias, além de equipamentos e acessórios para o diagnóstico e cirurgias.

Levando-se em conta que a Alcon estará participando do XXXI Congresso Brasileiro de Oftalmologia a realizar-se em setembro de 2001, Boudreaut in CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA (jan/fev 2001, p. 7) , fala que sua empresa pretende construir sua visão de futuro junto aos oftalmologistas brasileiros, através do reforço e estreitamento da imagem da Alcon e em seu relacionamento.

Para ele,

“A nossa estratégia de estabelecer parcerias de longo prazo com a classe oftalmológica, oferecendo sempre produtos e serviços inovadores, estará sendo enfatizada pela relação deste primeiro CBO do século XXI. Este novo século trará a união de nossa alta tecnologia e inovação com o excelente padrão científico cada vez mais presente na oftalmologia brasileira.” (“Aumentando a sinergia entre indústria e os oftalmologistas”, (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, jan/fev 2001, p. 7).

Assim, em função do alto custo dos equipamentos médicos, na iniciativa privada, está se buscando associações entre os próprios médicos para comprar equipamentos. Assim, eles estão viabilizando o uso da tecnologia de ponta na prática de uma medicina atualizada. Em Florianópolis isto já é realidade para a oftalmologia. Existem duas empresas dessas associações uma é o Centro Oftalmológico de Diagnóstico e Terapêutica e o outro é a Ophtalmolaser.

5.1.1.4 Ambiente ético

A Medicina torna aptos cidadãos a promoverem a saúde, um bem inestimável, à população. Levando-se em conta o respeito ao ser humano e frente ao “negócio da saúde” que apresenta por sua vez custos e pode prover lucro, a Medicina se depara com a questão ética. Por esta razão, a Medicina é norteada pelo seu próprio Código de Ética, que em nosso atual contexto, eventualmente ele não é respeitado.

O médico BLANCO (2001), em artigo intitulado “Maior atenção ao paciente”, comenta que :

“Ao lidar com um paciente, o médico exerce sua arte e técnica no sentido de conferir diagnóstico aos problemas que lhe são apresentados. Compreendendo a situação de dependência que esta relação imprime, pelo fato de que a doença fere, sem dúvida, a auto-estima dos pacientes, isto aumenta em muito a nossa responsabilidade em tudo o que dissermos, nosso comportamento, solicitações e prescrições.(...) Deste modo, o art. 60 do Código de Ética, nos mostra a importância desse papel. Não devemos minimizar as situações por nós observadas; contudo, não é possível por outro lado, exagerar na formulação de um prognóstico. O mau profissional poderá, no sentido de valorizar sua atuação, dimensionar exageradamente um diagnóstico, no mais das vezes visando praticar preços extorsivos. Criar quem sabe, uma condição de dependência psicológica nesta relação que é pautada sobretudo, pela confiança. Poderá ser tentado a exagerar o número de visitas, (...)”

Com a intermediação dos planos de saúde, modificou-se o procedimento de alguns de nossos colegas. Há os que exageram na solicitação de exames, julgando que os mesmos suprirão a falta de uma boa anamnese e exame físico. Muitas vezes somos surpreendidos com ‘tratamentos aplicados a resultados de exames’ e não a um quadro clínico ou cirúrgico, inteiramente avaliado e cujos exames complementares nos orientam ou não numa linha de raciocínio.

Não se exceder nos procedimentos solicitados é sinal, muitas vezes de boa técnica, ética e sabedoria. (...) Não há censura em buscar uma conjunção de procedimentos, mercê de um tabelamento fatiado, e compensar a fraca remuneração atribuída a alguns procedimentos.”

Assim, BLANCO (2001), comenta a artificialidade que a prática da Medicina pode se tornar diante de limitações impostas por planos de saúde. Ele acentua também, o papel certo do médico diante do paciente em que deve prevalecer o devido respeito e honestidade.

Considerando-se informações fornecidas pelo SINDICATO DOS MÉDICOS DE SANTA CATARINA(out/nov/dez 2000, p. 5) sobre denúncias de erro médico ou ético profissionais, tem-se os seguintes dados :

Calcula-se que em Santa Catarina, há um volume de 1,1 milhão de consultas e mais de um milhão de procedimentos no SUS. Em convênios e particulares a estimativa é 25% maior. Deste montante há :

QUADRO 3 – DENÚNCIAS

PROCEDIMENTOS	ANO 1999	ANO 2000
DENUNCIAS RECEBIDAS	146	195

FONTE : SINDICATO DOS MÉDICOS DE SANTA CATARINA

QUADRO 4 – SINDICÂNCIAS

PROCEDIMENTOS	ANO 1999	ANO 2000 (JAN. A NOV.)
SINDICÂNCIAS INSTAURADAS	95	117

FONTE : SINDICATO DOS MÉDICOS DE SANTA CATARINA

QUADRO 5 – PROCESSOS ÉTICOS-PROFISSIONAIS (PEP)

PROCEDIMENTOS	ANO 1999	ANO 2000
PEP'S ABERTOS	43	34

FONTE : SINDICATO DOS MÉDICOS DE SANTA CATARINA

Sabe-se que há um número maior das ocorrências que nem chegam a aparecer nos foros competentes.

5.1.1.5 Concorrência

Através dos diversos relatos, percebe-se que a concorrência é uma das grandes ameaças na classe médica. Fala-se muito do perigo da descontrolada “natalidade” de faculdades mercantilistas de Medicina, e no âmbito da oftalmologia teme-se com feroz eloquência a ameaça da permissão de trabalho aos optometristas, técnicos em refratometria, que não tem formação médica.

SWIECH (fev/mar 2000, p. 2), presidente do SIMESC, em artigo intitulado “Médico, combata mais esta epidemia” comenta as possíveis consequências da abertura indiscriminada de faculdades privadas de Medicina, em linguagem metafórica do vocabulário médico :

“ Como efeitos colaterais manifestar-se-á um número excessivo de médicos, com características de má formação congênita, decorrente da precariedade destas escolas. Agravarão as condições de atendimento da nossa já tão sofrida população, pois devido a manifestação de seu mal congênito, os custos da Medicina aumentarão em muito, dificultando ainda mais as anêmicas verbas destinadas ao setor de saúde. Também criarão dificuldades para nossas cooperativas de trabalho, pois se sujeitarão a qualquer plano de Saúde mercantil, os quais são os mais interessados nesta epidemia”.

As palavras do autor podem parecer um tanto alarmantes, em tom de desespero diante desta situação. Apesar de se saber que é proibida a ação de reserva de mercado, de fato, a proliferação destas instituições que são muito mais interessadas em lucrar com o negócio da Medicina do que prestar um serviço de ensino efetivamente qualificado, só podem prejudicar a Saúde como um todo. Sabe-se que deve haver uma justa medida entre o custo da aprendizagem médica e o teor da formação acadêmica.

Já como ameaças concorrenciais da subespecialidade da Medicina que é a Oftalmologia, há o optometrista. Em seu discurso médico de defesa desta categoria, o oftalmologista fala que o optometrista por ser um profissional vinculado ao comércio degradaria a ética de atendimento médico oftalmológico à população conforme relato abaixo:

“Com os recursos cada vez mais escassos e o descaso cada vez maior para que o país tenha uma Medicina pobre de uma Medicina de nível para quem não é pobre . A adoção da optometria exercida por profissionais sem formação médica, ligados ao comércio seria a exacerbação desta tendência e a AMB não pode concordar com isto. (...) a adoção da optometria como profissão independente resultaria na deterioração das condições médicas e éticas de atendimento oftalmológico à população.” (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA ,jan/fev 2001, p. 5)

Desta maneira, caso os optometristas entrassem no mercado, estes seriam concorrentes diretos dos oftalmologistas acirrando assim, ainda mais o panorama concorrencial médico, e provavelmente, mudando de maneira significativa a realidade.

Segundo o Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina – CREMESC (2001) obteve-se as seguintes informações a respeito do número de estabelecimentos de saúde (clínica e outros):

- Em Santa Catarina há 1630 estabelecimentos de saúde (hospitais e clínicas);
- Na Grande Florianópolis há 452;
- E, em Florianópolis há 366 destes estabelecimentos.

Nota-se que a Grande Florianópolis aporta quase 30% do volume de estabelecimentos de saúde cadastrados no CREMESC. Estes estabelecimentos de saúde constituem as organizações onde os médicos podem estar trabalhando. Assim, seu universo mostra o contingente concorrencial.

Através de outras fontes (LISTEL - 2000 e GUIA MÉDICO UNIMED FLORIANÓPOLIS - 2000) pode-se verificar que na Grande Florianópolis há 17 clínicas oftalmológicas e 03 hospitais que oferecem serviço de oftalmologia.

Já em relação ao número de médicos, verificou-se que há 2046 de diversas especialidades na Grande Florianópolis (CREMESC, 2001), para 53 (Associação Catarinense de Medicina – ACM, 2001) ou 47 (CREMESC, 2001) médicos oftalmologistas registrados. Para a ACM (2001), há um total de 193 médicos oftalmologistas cadastrados no estado de Santa Catarina.

Em relação aos médicos oftalmologistas registrados, com base nos dados obtidos, há uma concentração de aproximadamente 30% deles na Grande Florianópolis. A partir daí, verifica-se que a participação dos estabelecimentos de saúde e dos médicos oftalmologistas na Grande Florianópolis é similar (em torno de 30%), devendo haver algumas razões ainda não verificadas para este fato.

Sabe-se que há um universo ainda maior daqueles estabelecimentos desta área e dos profissionais médicos que não estão cadastrados ou registrados nas entidades competentes da área (ACM, Sindicato dos Médicos de Santa Catarina – SIMESC, CBO, entre outros). Isto se deve ao fato da não obrigatoriedade de registros em entidades da classe. No caso do CREMESC, onde existe esta obrigatoriedade, a listagem também não é completa pois o médico pode estar inscrito em clínica geral e não na especialidade de oftalmologia. Este fato constitui uma significativa limitação para a apreciação exata dos dados reais da população de interesse.

5.1.1.6 Fornecedores

A COSS necessita de abastecimento periódico de materiais que visam o atendimento clínico, a cirurgia oftalmológica, o serviço de lentes de contato, o serviço de apoio interno e a manutenção da limpeza e conservação da empresa.

Podemos categorizar o fornecimento em duas categorias : fornecedores para atividades fins e fornecedores para atividades meio.

Desta forma, os fornecedores mais importantes para a COSS são aqueles relacionados com as atividades fins da organização como o atendimento clínico e as cirurgias oftalmológicas. Nesta categoria de fornecedores torna-se imprescindível a

disponibilidade de materiais que ofereçam alta qualidade e segurança em virtude do tipo de serviço prestado, que lida com a saúde das pessoas. É por isto que a COSS tem por hábito comprar materiais e medicamentos de marcas reconhecidas na área da saúde.

No processo de compra deste tipo de materiais (ou medicamentos) são levados em conta primeiramente a qualidade do material, em seguida os critérios de menor preço, relacionamento com o fornecedor, condições de entrega e pagamento. A decisão de compra pode ser feita pelo próprio médico, pela administração ou pela auxiliar de oftalmologia, porém, sempre com orientação médica.

Nesta categoria, é muito importante o relacionamento com o fornecedor, pois a confiança no processo de compra ao longo do tempo é uma grande vantagem para ambas as partes, além da segurança gerada.

A COSS mantém este relacionamento de compras estreito com alguns fornecedores da área médica. Os fornecedores da área médica são Alcon, Dimed, Mercomed, sendo que o mais representativo é a Alcon, uma indústria que possui linha de produtos oftalmológicos.

Para a categoria de fornecedores das atividades meios que utiliza materiais de limpeza, manutenção e escritório, a COSS não mantém relacionamento de compra fiel, pois estes materiais além de não serem destinados a atividade fim, sendo menos importantes, possuem “n” tipos de fornecedores com produtos diversos. Nesta categoria, a compra é realizada em geral pela administração pelos critérios múltiplos de qualidade, preço, condições de pagamento e prazo de pagamento.

5.1.1.7 Análise das oportunidades e ameaças

Atualmente, o fator econômico constitui a razão mais significativa que determina o atual panorama da saúde no país. Hoje, mais do que nunca, lida-se com o custo da saúde, e esta situação implica ameaças e oportunidades na própria área da saúde, bem como para a Clínica de Olhos São Sebastião. Assim, esta análise que poderia ser mais generalizada para toda a área da saúde, terá como foco a empresa em estudo.

Em termos de **ameaças**, percebe-se :

- O poder dos planos de saúde;
- Alto custo dos equipamentos tecnológicos;
- A concorrência;
- Aumento do custo operacional
- A qualificação profissional.

Como já foi visto anteriormente, os planos de saúde que constituem o intermediário financeiro e administrativo mais importante entre médicos e clientes, numa realidade onde predomina a iniciativa privada, podem exercer poder abusivo para a classe médica e para seus clientes de maneira exploratória e mercantilista. Nos casos já citados neste trabalho (ambiente político-econômico), são comentadas situações onde há o descredenciamento arbitrário de médicos “zelosos” e seus pacientes não são comunicados deste descredenciamento e, há o caso também de pessoas com doenças preexistentes que sofrem discriminação no momento da sua inscrição no plano porque lhes são negadas autorização para alguns procedimentos necessários.

Assim, conforme já foi citado na análise do ambiente político-econômico em artigo intitulado “Contra os abusos dos planos de saúde” fala-se que:

“A lei que regulamentou os planos e seguros-saúde deixou lamentável lacuna que veio em prejuízo dos pacientes: não criou normas de relacionamento entre as operadoras e os médicos. O resultado é que detendo o poder econômico, essas empresas impõem seus interesses, mesmo que isto signifique, aos usuários o agravamento do estado de saúde e humilhações pessoais” (Jornal da Medicina out/nov 2000)

O parágrafo acima reflete o problema enfrentado pelos servidores da saúde, médicos, clínicas, hospitais e laboratórios, mediante o poder de barganha dos planos de saúde;

Na realidade, as operadoras de saúde como agentes intermediário no tratamento e manutenção da saúde enfrentam no mercado os custos da saúde e também visam o lucro. Assim, há uma tendência de se achatar os honorários médicos e de se encarecer o custo dos planos de saúde aos clientes. Nesta situação, nega-se procedimentos necessários para o diagnóstico em determinados planos de saúde (Exemplo: convênio UNISANTA), e por outro lado, há também médicos com atitudes pouco éticas que acabam abusando na quantidade de exames desnecessários solicitados para compensar a baixa remuneração dos honorários médicos pagos por alguns planos.

Para os planos de saúde, não há distinção entre o valor global ofertado por diferentes médicos ou clínicas, o preço é o mesmo. Neste sentido, uma clínica médica moderna, com equipamentos atualizados que ofereça melhor serviço, instalações mais confortáveis e adequadas e outra que não possa oferecer tais benefícios, estarão recebendo os mesmos honorários, sem diferenciação. Porém, é claro que aquela melhor estruturada terá mais chances de atrair mais clientes do que aquela que ofereça menos vantagens para o cliente. Mas, se os honorários pagos forem insuficientes para investimentos na oftalmologia, o que pode acontecer, levando-se em conta o alto custo destes, então não será viável oferecer, por exemplo, equipamentos atualizados aos clientes.

Assim, verifica-se que os planos de saúde, podem constituir um entrave para a obtenção de um tratamento de saúde com qualidade.

No caso da COSS, cerca de 85% dos seus clientes possuem algum plano de saúde, segundo dados de produção médica obtidos na própria empresa referentes ao ano 2000. Em relação aos preços de consulta pagos por uma consulta oftalmológica em um plano de saúde, aquela cujo preço é o menor de todos (UNISANTA) é 75% mais barata que o preço da mesma consulta particular. Já o melhor plano de uma determinada operadora de saúde (UNIMED PLUS) paga 32,50% a menos em uma consulta oftalmológica, em relação ao preço da consulta particular.

Outra ameaça percebida é o alto custo dos equipamentos tecnológicos da oftalmologia. Como foi mostrado na análise do ambiente tecnológico, e principalmente pelas TABELAS 1 e 2 do referente capítulo. Através destas tabelas, é possível verificar que o nível de investimento tecnológico na oftalmologia é bastante alto. Tendo em vista que o pagamento de procedimentos e cirurgias por planos de saúde é baixo e os próprios convênios fazem pressão para achatar os valores, há uma defasagem de custos. Portanto, como já foi comentado, conseguir oferecer aparelhos modernos, numa realidade onde o pagamento por convênios é relativamente baixo é uma dificuldade. Por outro lado, para exercer a medicina oftalmológica é imprescindível a detenção de pelo menos aparelhos básicos para a consulta, que como já foi dito no ambiente tecnológico, custa em torno de R\$ 35.000,00 . Além disso, médicos e estabelecimentos de saúde da área que não realizam investimentos em equipamentos oftalmológicos atualizados são menos competitivos frente àqueles que o fazem.

Além disso, as despesas operacionais inerentes a um estabelecimento de saúde subiram, enquanto que os honorários permanecem os mesmos desde o Plano Real. Segundo Jornal Emergência saúde em alerta, (Sindicato dos trabalhadores em estabelecimentos de saúde de Florianópolis, 2001, p.1), De 1995 até 2000 o telefone aumentou 478,32 %, o aluguel 150,26 %, medicamentos 113,71% e a água e esgoto 148,46%. Para JUSTA (2001, Jornal Oftalmológico Jota Zero, p.29), os planos de saúde tiveram um reajuste de 1996 até 2000 de 93% sobre suas mensalidades.

Ainda, no levantamento de custos realizado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-econômicos (DIEESE) mostrado por JUSTA (2001, Jornal Oftalmológico Jota Zero, p.29), foi realizada uma estimativa de lucro para médicos levando-se em conta as receitas brutas de um médico que :

- Ofereça 4 consultas por hora;
- Esteja aberto 22 dias por mês (média de dias úteis ao mês);
- Trabalhe só com convênios;
- Tenha sua agenda sempre lotada;
- Não se ausente do trabalho sob nenhum motivo;
- Trabalhe 4 horas diárias,

Desta maneira, mediante situação revelada pela TABELA 6, o atual custo das despesas operacionais frente ao pagamento médico por meios de convênios , constitui-se uma ameaça por ser muito baixo para custear as necessidades do profissional. Com o lucro mostrado acima, o médico competitivo deve poder pagar seus os custos pessoais, pagar custos com aperfeiçoamento profissional, pagar custos com investimentos no seu local de trabalho entre outros custos mais imprevisíveis.

Em relação à concorrência, esta é uma grande ameaça entre os médicos em geral, e também para os médicos oftalmologistas. Como já foi relatado no tópico do trabalho sobre a concorrência, esta se dá entre os próprios médicos e também frente a ameaça da permissão de trabalho a optometristas.

Há hoje segundo a ACM 53 médicos oftalmologistas na Grande Florianópolis e, segundo o IBGE (2001) a população da cidade de Florianópolis 331.784 habitantes. Disto resulta uma média de aproximadamente 6.260 habitantes para um médico oftalmologista., caso se fizesse uma divisão igualitária para cada médico.

TABELA 1 - ESTIMATIVA DE LUCRO MÉDICO - 2001

RECEITA

Movimento diário/convênios :.....	16 cons./dia
Movimento mensal:	352 cons./mês
Valor global.....	R\$ 8.800,00
Receita mensal bruta.....	R\$ 8.800,00

DESPESAS E CUSTOS OPERACIONAIS:

01 – Aluguel.....	R\$ 600,00
02 – Salário da Secretária (2 salários da categoria).....	R\$ 385,00
03 – Salário da Faxineira (1 salário da categoria).....	R\$ 179,00
04 – Férias/FGTS/ INSS/ 13 salário.....	R\$ 290,00
05 – Condomínio (incluindo água).....	R\$ 200,00
06 – Telefone, energia elétrica.....	R\$ 300,00
07 – Material de consumo médico : gase, algodão, álcool, etc.....	R\$ 100,00
08 – Manutenção – material de limpeza, cera, sabão, etc.....	R\$ 85,00
09 – INSS – Autônomo = 20% (4 a 6 anos de filiação mensal).....	R\$ 90,00
10 – IPTU mensal.....	R\$ 35,00
11 – Imposto de Renda sobre Receita Bruta (27,5%).....	R\$ 2.420,00
12 – Amortiz. e Deprec. de Equipam.- 1/12 (s/ R\$ 10.000,00).....	R\$ 1.000,00
13 – CRM + Assoc. Méd. + Sind. Méd.+ Soc. Espec(média mensal) R\$ 100,00	
14 – Serviços de contabilidade.....	R\$ 150,00
15 – Despesas de locomoção própria (média – 8 l gasolina diários)....	R\$ 240,00
16 – Despesas diversas.....	R\$ 300,00
Total das despesas Mensais.....	R\$ 6.447,00

BALANÇO :

Receita.....	R\$ 8.800,00
Despesas e custo operacional.....	R\$ 6.447,00
Saldo.....	R\$ 2.353,00

Isso equivale a : R\$ 2.353,00 por 352 cons./mês = R\$ 6,68/ consulta,

FONTE : JUSTA, 2001.

Os optometristas representam outra ameaça concorrencial para os oftalmologistas. Existe uma proposta no Congresso Nacional para permitir faculdades de Optometria no Brasil. Entidades de representação da Oftalmologia estão tentando impedir esta permissão. Os optometristas são profissionais que existem em outros países, que trabalham na área da refratometria, que é uma importante categoria da oftalmologia. A refratometria é a parte da oftalmologia que cuida , da correção da visão por lentes com graduação conforme a pessoa. Atualmente, não há permissão de trabalho a optometristas no Brasil, tampouco há cursos universitários para a formação deste profissional.

Segundo relatos de médicos da área, o atual grau de concorrência, principalmente na Capital Florianópolis, está se tornando uma preocupação, e sabe-se que a tendência é aumentar ainda mais, já que a oftalmologia é uma área atrativa, principalmente frente ao aumento de faculdades de medicina no estado de Santa Catarina.

Já a questão da qualificação profissional, esta pode ser uma ameaça ou uma oportunidade, conforme a formação do profissional. No caso de aumento de médicos com má formação, estes serão uma ameaça à imagem dos médicos bem formados. Além disso, se o número de médicos for muito alto, além da demanda do mercado, então os médicos se tornarão alvos fáceis para os dirigentes de planos de saúde, que poderão fixar qualquer base de honorários, ou regras sem que haja resistência por parte destes profissionais.

Não se detém dados oficiais de má qualificação médica na categoria da oftalmologia, porém na medicina em geral, é possível perceber a situação pelas TABELAS 3, 4 e 5, da página 46 que tratam de denúncias, sindicâncias e processos éticos-profissionais feitos por clientes aos seus médicos por alguma falta percebida pelo cliente que apenas através da tabela não é possível especificar.

Hoje, face ao aumento de faculdades de medicina, teme-se que escolas de formação médica insuficientemente qualificadas, possam prejudicar a formação dos futuros médicos, além de serem um agravante a mais para a questão concorrencial.

Quanto às oportunidades percebidas estas são:

- Mercado de saúde privada em crescimento e saúde pública falida;
- Oftalmologia, especialidade da medicina em rápida expansão científica;
- A forte ligação entre oftalmologia e indústria;
- A qualificação profissional ligada à tecnologia;
- A ligação da Oftalmologia com a Administração;
- O fácil acesso à informações.

Em relação ao mercado de saúde privada no Brasil, fala-se que “O Brasil, hoje, é o segundo mercado de saúde onde predomina a iniciativa privada, somente atrás dos EUA. E é o mercantilismo hoje quem determina as ações de saúde em nosso país, inclusive o exercício da medicina ...” (Revista Boletim Médico, n. 90 out/nov/dez 2000, p. 2). Desta maneira, considerando-se que a COSS é um estabelecimento da iniciativa privada da área da saúde, há a possibilidade desta empresa, mesmo diante do poder dos planos de saúde, se desenvolver com relativo sucesso. Neste caso, há de se levar em consideração, as limitações inerentes do negócio, no contexto mostrado.

Sabendo-se que a Oftalmologia é uma área da ciência médica em rápida evolução, expandindo suas possibilidades de atuação, este fato, abre campos de exploração que constituem oportunidades para a COSS. Há a possibilidade de se desenvolver atividades nas inúmeras sub-especialidades da oftalmologia, inclusive na área de reabilitação visual. Como já foi falado segundo Jornal Oftalmológico Jota Zero (Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2001, p.07) “Na oftalmologia existe, por um lado o grande avanço científico que se reflete no surgimento de técnicas cada vez mais aprimoradas, aparelhos cada vez mais sofisticados e na possibilidade de realização de intervenções cada vez mais eficientes em benefício da saúde do paciente...” Essas possibilidades estão à disposição dos médicos e clínicas oftalmológicas para que sejam exploradas.

Além disso, a ligação da Indústria com a Oftalmologia, pode ser uma aliada para o tratamento adequado na medicina oftalmológica atualizada pois oferece produtos à altura da necessidade científica oftalmológica em desenvolvimento. Conforme depoimento já mostrado de dirigentes de indústria da área , eles pretendem estabelecer parcerias de longo prazo com a classe oftalmológica para oferecer produtos e serviços inovadores.

Neste contexto, constitui-se um campo de grandes oportunidades aos médicos oftalmologistas com uma formação atualizada e habilitados em técnicas modernas que funcionam junto com equipamentos tecnológicos. Conforme informações contidas no capítulo do Ambiente tecnológico,

“O número de postos de trabalho está aumentando por causa das novas funções criadas pela tecnologia, fato que deverá ocorrer nesta década. (...) Segundo pesquisa realizada pelo IBGE, o número de vagas neste setor saltou de 305 mil em 1992 para 420 mil em 1999, sendo um aumento de 40%. Esta tendência é mais acentuada no setor privado onde as vagas variaram de 150 mil empregos para 230 mil (53%), sendo que no setor público o aumento foi de 155 mil vagas para 190 mil (22%) entre 1992 e 1999. (...) O uso de hospitais privados caiu nos últimos anos por causa da redução do período de internações.” (KAUFFMAN, 2001),

Este relato confirma a situação vantajosa no mercado para estes médicos e também para clínicas como a COSS, levando-se em conta a redução do período de internações, fato que gera menos necessidades de acomodações do tipo hospitalar. Este fato torna a COSS, conforme a definição futura de seu foco de atuação, uma empresa com a disponibilidade para explorar de maneira mais adequada este segmento. Este serviço já é oferecido em poucas quantidades nas cirurgias de pequeno porte ali realizadas.

Frente a complexidade da área oftalmológica, com muitas sub-especialidades, utilizando-se de muitos equipamentos tecnológicos, e tendo que gerenciar custos e problemas administrativos, tem havido por parte da Oftalmologia uma necessidade de ligação com a Administração para uma melhor adequação da própria medicina neste novo contexto. Assim esta ligação é uma oportunidade de desenvolvimento de respostas às questões da área.

Em relação ao fácil acesso a informações gerados pela Internet e periódicos regionais, nacionais e internacionais, televisão, jornal, entre outros, a atualização médica necessária pode ser realizada com maior facilidade do que em outras épocas. Além disso, como foi dito pelo médico PEYMANN (2001, p. 20), sobre o direcionamento da Oftalmologia Internacional : “no momento, pelo mundo inteiro, a prática da oftalmologia segue atrás dos Estados Unidos. No entanto, com o acesso que a *Internet* trouxe para a comunicação, a diferença diminuirá significativamente no futuro.” Assim, a ciência flui com maior rapidez e facilidade, surgindo como oportunidade para médicos.

5.1.2 Análise do ambiente interno

5.1.2.1 Histórico da empresa

A Clínica de Olhos São Sebastião é uma empresa prestadora de serviços médicos oftalmológicos situada em prédio próprio na Rua Dr. Armínio Tavares, 77 no Centro do município de Florianópolis, em uma valorizada região da cidade. Esta empresa possui três consultórios médicos, um Centro Cirúrgico, e um setor de Lentes de Contato.

A Clínica de Olhos São Sebastião foi uma das primeiras clínicas particulares da Capital do Estado e foi a primeira Clínica Oftalmológica da cidade.

Esta empresa foi fundada em 1972, e desde sua fundação, já passou por três significativas alterações de propriedade. Inicialmente, a empresa pertenceu exclusivamente ao médico oftalmologista alemão, naturalizado brasileiro, Dr. Otto Freusberg que além de ser professor na Universidade Federal de Santa Catarina, no curso de Medicina, era também, uma liderança na vanguarda da Medicina oftalmológica catarinense, desde que se estabeleceu no Brasil. Nesta fase, a empresa não contava com uma administração formal, guiada por um administrador ou técnico da área, porém, possuía uma 'aura' de respeito pelo rigor e cientificismo médico do proprietário. Com ele trabalharam alguns médicos que já foram seus alunos.

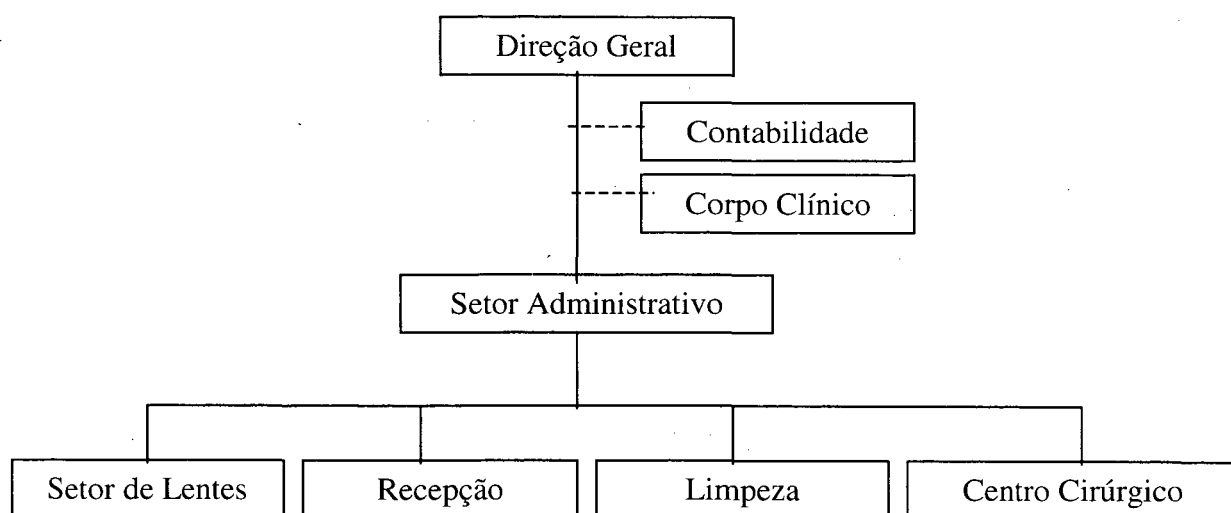
Em 1985, com a morte de Otto Freusberg, a empresa passa a ser propriedade de dois médicos, ex-alunos do proprietário.

Passados seis anos, em 1991, esta sociedade foi desfeita e desde então, o proprietário, Dr. Pedro Augusto da L. Santa Ritta tem trabalhado com outros médicos. De 1991 até 2001 houveram quatro mudanças internas entre os médicos parceiros. De 1999 até 2001 o corpo médico da Clínica permanece inalterado, contando com 5 médicos, incluindo o proprietário. Os outros quatro médicos que trabalham nesta empresa são autônomos, trabalhando também em outras organizações.

5.1.2.2 Estrutura organizacional

Percebe-se que a estrutura organizacional da COSS não é formalizada. Contudo, cada integrante reconhece seu lugar e papel nesta estrutura. A estrutura organizacional da COSS está de acordo com o organograma abaixo :

QUADRO 6 - ORGANOGRAMA DA EMPRESA



A Direção Geral da COSS é representada por seu proprietário, o médico Pedro Augusto da Luz Santa Ritta. O Diretor Geral toma as decisões estratégicas da organização além de atuar como médico no estabelecimento.

A contabilidade da COSS é terceirizada.

No Setor Administrativo há três auxiliares administrativas. Neste setor, são exercidas as funções básicas de administração a nível tático e operacional. Das três auxiliares administrativas, duas estão fazendo curso superior e uma delas já o possui.

O corpo clínico é formado por um médico proprietário e outros quatro médicos não-sócios autônomos. A relação dos médicos não-sócios com a COSS tem características peculiares da área médica. Os médicos não-sócio da COSS “alugam” os consultórios médicos. Dos três consultórios da COSS, dois tem equipamentos pertencentes a empresa e um não. No consultório onde a aparelhagem é propriedade do médico não sócio, trabalha apenas um médico que tem autonomia para definir seu horário de expediente, e ele divide

com a COSS os despesas da empresa proporcional ao seu tempo de trabalho. Nos outros dois consultórios, onde a aparelhagem é da COSS, além do médico alugar o consultório ele também aluga a aparelhagem, pagando o aluguel proporcional ao seu tempo de trabalho. No terceiro consultório em questão, alternam-se três médicos não-sócios, sendo que um destes é o que divide o consultório do médico proprietário. Desta maneira, os médicos não-sócios tem autonomia para definir sua agenda no horário de funcionamento da COSS das 8:00 horas até às 20:00 horas , de Segunda-feira até a Sexta-feira, com a limitação dos dias e horários de seus colegas com quem dividem os consultórios. Todos os médicos da COSS são especializados em Oftalmologia.

No Setor de Lentes de Contato trabalha uma auxiliar de oftalmologia com experiência na área oftalmológica desde a fundação da COSS, há 29 anos, atualmente ela auxilia os médicos na área de Lentes de Contato. Sua formação é Primeiro Grau.

Na recepção atualmente trabalham três recepcionistas trabalhando em turnos complementares. A escolha da distribuição das recepcionistas ao longo do período das oito horas até às 20:00 horas se deu pelo conhecimento do fluxo de atendimento, dando-se maior concentração das mesmas no período da tarde. Duas recepcionistas trabalham oito horas diárias e a terceira trabalha seis horas diárias. Todas as recepcionistas possuem Segundo grau, sendo que uma delas é técnica em enfermagem.

Na limpeza trabalha uma faxineira, responsável pela higienização da COSS. A faxineira possui Primeiro grau.

No Centro Cirúrgico, usado aproximadamente uma vez ao mês, há uma auxiliar, que assim, como a auxiliar de Lentes de Contato, trabalha no estabelecimento desde sua fundação. Esta funcionária é religiosa e sua formação é Primeiro Grau.

5.1.2.3 Processo de planejamento

Nesta empresa, o processo de planejamento formal interno nunca ocorreu. Desde sua fundação, o processo organizacional empregado foi trazido pelo fundador e era orientado para a prática da medicina e não envolvia o processo de planejamento administrativo formal. Sob este aspecto, este modelo de gestão informal, utilizado até então, foi válido em um contexto de poucos concorrentes e de lentas mudanças externas. Como o contexto mudou

para uma época de rápidas mudanças externas e de alta competitividade, a COSS tem sofrido prejuízos por ter que tomar decisões de última hora frente a problemas emergentes.

Desde 1991 quando o médico Pedro Augusto da Luz Santa Ritta tornou-se proprietário único da empresa, houve a necessidade ocasional de planejamento informal a curto e médio prazo. Nestas ocasiões, faz-se reuniões com o corpo clínico para trocar idéias, expor problemas, procurar soluções em conjunto e abrir o espaço para opiniões em geral. Na maioria das vezes, é o proprietário que convoca a reunião, percebendo a necessidade do encontro do grupo. Contudo, é o proprietário que detém o poder decisório.

Sabe-se que nem tudo é passível de previsibilidade, porém, a COSS percebeu que parte da problemática existente resultou de uma falta de planejamento em sua administração interna..

5.1.2.4 Processo Organizacional

O referido processo organizacional da empresa é informal, e como já foi falado, teve origem com seu fundador. Assim, a COSS não possui manual de normas e procedimentos da empresa. Quando um novo integrante chega, a ele são passadas as informações gerais e especificamente, aquelas que mais lhe interessam (de acordo com o cargo que a pessoa assumirá).

Como a empresa já tem 29 anos de existência e alguns de seus integrantes ainda trabalham na empresa desde sua fundação, a cultura da empresa também é respaldada por estas pessoas e tem se reforçado através de valores próprios como : respeito ao ser humano, credibilidade, ética e qualidade no atendimento. Além disso, na cultura interna da COSS prevalece grande respeito pelo estabelecimento fruto do trabalho de um profissional muito admirado.

Atualmente, a COSS tem como horário de atendimento das 8:00 horas até às 20:00 horas, sendo que cada médico se dispõem em horários diferenciados. As consultas são marcadas de 20 em 20 minutos, para efeitos práticos. Vinte minutos é o tempo médio para a consulta médica, sendo real a condição de que cada caso necessita de um período específico.

O modo operacional de funcionamento da COSS segue o seguinte percurso :

1. Marcação de consultas para o paciente por telefone ou no próprio local : cada médico tem sua agenda, que é transcrita pelas recepcionistas conforme recomendações pessoais à lápis, com informação do convênio da paciente e com telefone para contato. No final do expediente, é listado em outro caderno de controle o resumo do atendimentos realizados constando o nome do paciente, horário de atendimento, convênio e número de faltas.
2. Confirmação da consulta : tarefa da recepção, realizada um dia antes da consulta marcada onde se entra em contato com o paciente para lembrar-lhe do dia e da hora da consulta, além de confirmar sua presença.
3. Atendimento do paciente na recepção da COSS para identificação e cadastro do paciente : é solicitado do paciente, identificação através de algum documento para a correta transcrição no banco de dados da empresa. A COSS utiliza-se de um sistema informatizado para o atendimento ao cliente, ligado em rede, entre recepção, consultórios médicos e sala de Lentes de Contato. Assim, a informação de chegada do paciente, de determinado convênio, em determinada hora e com os dados cadastrais preenchidos na recepção, são acessados pelos médicos que acrescentam também as informações médicas do paciente. Estas informações são confidenciais e apenas os médicos tem acesso a elas.
4. Pagamento da consulta médica (para consultas particulares) ou preparação da documentação dos convênios da empresa. ∴ Para pacientes que realizam consultas particulares, neste momento efetuam o pagamento. Caso o paciente tenha algum convênio, também se solicita o documento de identificação do convênio do paciente para preenchimento de documentos burocráticos dos respectivos convênios, onde constarão os procedimentos realizados com os códigos próprios (AMB ou outros), assinatura do paciente, e outras informações;

5. Tonometria : Através do tonômetro pneumático, localizado na recepção da COSS verifica-se a pressão ocular do paciente. Este procedimento é recomendado a pacientes acima de 14 anos (segundo referências médicas) e é um importante identificador de pessoas com alta pressão ocular, condição, que pode ocasionar doenças como o glaucoma, entre outras, e induzir à cegueira. A Tonometria, em alguns casos, pode ser repetida no consultório médico através do tonômetro de Goldmann;
6. Atendimento médico : Médico realiza os procedimentos padrões de uma consulta oftalmológica que incluem anamnese, refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático. Conforme o caso do paciente, o médico tem outro direcionamento.
7. Retorno do paciente : O paciente pode retornar por diversos motivos, conjugados ou não, que tem por objetivo maior a confirmação da eficácia do tratamento recomendado ou a continuação por outros meios do tratamento adequado. Os retornos podem ser : consulta médica de retorno, conferência do grau das lentes dos óculos receitados na recepção ou no consultório médico, retorno para curativos, retorno para atendimento de Lentes de Contato ou ainda para procedimentos cirúrgicos.

5.1.2.4 Estrutura física da COSS e equipamentos

A COSS está instalada em imóvel próprio no centro de Florianópolis, em uma área construída de 500 metros quadrados. O imóvel possui dois andares, sendo que é no piso térreo que funciona praticamente toda a COSS. No térreo há a sala de recepção, os três consultórios, a sala de Lentes de Contato, a sala de dilatação de pupilas, sanitários, sala de médicos e o complexo de centro cirúrgico com sala operatória, sala de esterilização, vestiário, dependências para expurgo e o sanitário. No segundo andar, antigo apartamento do proprietário fundador, hoje funciona em uma das salas o Setor Administrativo da COSS.

Em termos de equipamentos, a COSS possui :

A) Em consultórios :

- 02 Biomicroscópios (conhecidos também como Lâmpada de fenda);
- 02 Projetores;
- 02 Caixa de provas;
- 02 Oftalmoscópios;
- 02 Retinoscópios;
- 02 Tonômetros de Goldmann;
- 02 Refratores.

B) Na sala de recepção :

- 01 Tonômetro pneumático

C) Na sala de Lentes de Contato :

- 01 Ceratômetro

D) No Centro Cirúrgico :

- 01 Estufa;
- 01 Autoclave;
- 01 Microscópio cirúrgico.

Avaliando-se os equipamentos oftalmológicos de que a COSS dispõem, verifica-se que estes são relativamente básicos para a prática da oftalmologia, sendo que aqueles dispostos fora do consultório médico (Tonômetro pneumático, Ceratômetro, Estufa, Autoclave e Microscópio cirúrgico) complementam a atividade médica, dando subsídio para a agilidade e precisão no procedimento complementar da consulta (Tonômetro pneumático) e atuações básicas no ramo de Lentes de Contato (Ceratômetro) e em procedimentos cirúrgicos de pequeno e médio portes (.Estufa, Autoclave e Microscópio cirúrgico).

5.1.2.6 Missão da empresa

Missão pode ser vista como a razão de existir de uma empresa. Atualmente, a COSS através de consultoria empresarial externa está em processo de definição de sua Missão. Até então, a empresa não possuía missão definida

Desta maneira, a missão em vigência na COSS, verificada implicitamente é :
“Promover a saúde ocular de seus clientes com qualidade e respeito ao ser humano”.

5.1.2.7 Análise do composto de marketing

5.1.2.7.1 O produto / serviço

Os produtos da Clínica de Olhos São Sebastião na realidade são serviços como:

- Atendimento médico oftalmológico ambulatorial (engloba Lentes de Contato);
- Cirurgias oftalmológicas de pequeno e médio porte;

Todos os procedimentos oftalmológicos, desde a consulta médica até as cirurgias, são listados e codificados pela Tabela da AMB. Nesta tabela, a COSS está apta a realizar grande parte dos procedimentos de diagnose e as cirurgias de pequeno e médio porte. Além disso, em adicional ao tratamento médico, a COSS oferece orientação e atendimento para fins corretivos da visão através de Lentes de Contato.

A consulta padrão oftalmológica médica engloba anamnese, refração, inspeção de pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático. Juntamente com a consulta oftalmológica padrão, também se procede a tonometria, que é a verificação da pressão ocular do paciente.

Em complementação às necessidades da diagnose e tratamento oftalmológico, a COSS está associada ao Centro de Diagnóstico, através de seu proprietário. O Centro de Diagnóstico é uma clínica oftalmológica de alta tecnologia que oferece exames para diagnóstico e centro cirúrgico para cirurgias de porte médio e grande.

O Centro de Diagnóstico, em relação à COSS não é um concorrente, e sim uma empresa que complementa os serviços da COSS. Desta maneira, o cliente da COSS pode ter grande parte de suas necessidades de saúde ocular satisfeitas desde a consulta ambulatorial até cirurgias de grande porte com o acompanhamento de seu médico.

5.1.2.7.2 Preço

Os preços dos procedimentos médicos realizados variam conforme o mesmo. Na tabela da Lista de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira, edição de 1996 - LPM/AMB 1996 estão relacionados, como já foi comentado, todos os procedimentos médicos possíveis (excetuando-se aqueles de tecnologia de ponta que ainda não foram inclusos) e que serve como base para a maioria dos convênios de saúde para a definição do valor do pagamento de todos os procedimentos.

Desta maneira, se o paciente tem um convênio com o qual a COSS está credenciada, o pagamento é feito diretamente para a COSS num período médio de um mês após o atendimento. O processo de envio mensal das referidas faturas é conhecido como faturamento, onde se agrupa os procedimentos realizados no período de um mês, se organiza em sistema informatizado próprio para esta função, e então se envia a remessa.

Em geral, os convênios com os quais a COSS está ligada, possuem uma organização pessoal burocratizada diferentes uns dos outros, tendo apenas em comum, o uso da tabela da AMB, com os procedimentos por ela listados e o valor de pagamento. Não são raros aqueles convênios em que o pagamento destas faturas é bastante confuso e inconstante, no sentido de se mudar constantemente detalhes organizacionais no processo do pagamento aos estabelecimentos de saúde e aos médicos.

Os convênios com os quais a Clínica atende são :

- AFALESC – Instituto de assistência médico - hospitalar dos funcionários da Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina. Faturamento é entregue mensalmente.
- ASSEFAZ – Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda. Faturamento é entregue mensalmente.

- **BRASIL ASSSITÊNCIA** – Plano de saúde com sede em São Paulo para atender à estrangeiros. Normalmente, a demanda destes pacientes ocorre no período de verão, e o pagamento das serviços prestados ocorre habitualmente no final da temporada, variando de 30 dias até 90 dias após o atendimento.
- **CASSI** – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. Faturamento é entregue mensalmente.
- **ELETROSUL** - Centrais Elétricas do Sul do Brasil. Faturamento é entregue mensalmente.
- **ELOSAÚDE** – Fundação Eletrosul de Previdência e Assistência Social . Faturamento é entregue mensalmente.
- **GEAP** – Fundação de Seguridade Social dos funcionários públicos federais. Faturamento é entregue mensalmente.
- **GERASUL** – Centrais Geradoras do Sul do Brasil. Faturamento é entregue mensalmente.
- **UNIMED** – Cooperativa de médicos de nível nacional para atendimento médico. Possui ‘n’ planos de saúde para seus usuários. Faturamento é entregue quinzenalmente.
- **UNISANTA** – Empresa da UNIMED que tem como usuários diretos os ex-usuários do Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina (IPESC). Faturamento é entregue quinzenalmente.
- **UNIVERSAL ASSISTÊNCIA** - Plano de saúde com sede no Rio de Janeiro para atender à estrangeiros. Normalmente, a demanda destes pacientes ocorre no período de verão, e o pagamento das serviços prestados ocorre habitualmente no final da temporada, variando de 30 dias até 90 dias após o atendimento. É semelhante à Brasil Assistência, porém, são convênios diferentes.

QUADRO 7 – PREÇOS DE SERVIÇOS DE CONVÊNIOS DA COSS -

CONVÊNIO	PREÇO CONSULTA	PREÇO TONOMETRIA	PREÇO CONSULTA COMPLETA
AFALESC	R\$ 25,00	R\$ 6,25	R\$ 31,25
ASSEFAZ	R\$ 25,00	R\$ 6,25	R\$ 31,25
BRASIL ASSISTÊNCIA			R\$ 120,00
CASSI	R\$ 25,00	R\$ 6,25	R\$ 31,25
ELETROSUL	R\$ 26,00	R\$ 6,50	R\$ 32,50
ELOSAÚDE	R\$ 26,00	R\$ 6,50	R\$ 32,50
GEAP	R\$ 25,00	R\$ 5,00	R\$ 30,00
GERASUL	R\$ 26,00	R\$ 6,50	R\$ 32,50
UNIMED	R\$ 25,00	R\$ 5,00	R\$ 30,00
	R\$ 25,20	R\$ 5,25	R\$ 30,45
	R\$ 27,30	R\$ 6,25	R\$ 33,55
	R\$ 27,50	R\$ 6,50	R\$ 34,00
	R\$ 33,00	R\$ 6,87	R\$ 39,87
	R\$ 40,00	R\$ 6,75	R\$ 46,75
	R\$ 50,00	R\$ 6,25	R\$ 56,25
	R\$ 54,00	R\$ 6,75	R\$ 60,75
UNISANTA	R\$ 20,00	R\$ 5,00	R\$ 25,00
UNIVERSAL ASSISTÊNCIA			R\$ 120,00

FONTE: COSS

Como já foi comentado em ameaças para a COSS, os planos de saúde (convênios), pagam muito menos aos serviços prestados do que particulares. Na COSS a consulta particular custa R\$ 80,00 e abrange também a tonometria e o eventual curativo que deva ser realizado no momento da consulta.

Em relação à tonometria, alguns convênios médicos restringem o número de tonometrias a serem pagas em proporção ao número de consultas realizadas no mesmo período. Por exemplo, a ELOSAÚDE e a UNIMED estipulam que o número de tonometrias realizadas não devem ser superiores a 65% do número de consultas feitas no referido período. Em justificativa a isto os convênios declaram não haver necessidade da execução deste serviço em todo paciente consultado, e ainda recomendam que este exame seja feito a pessoas com idade superior a 30 anos se não, os médicos devem apresentar devida justificativa. Esta

recomendação de convênios não é a mesma sugerida por alguns autores da oftalmologia, em relação à tonometria, que recomendam a tonometria para pessoas com idade a partir de 14 anos. Desta maneira, a COSS realiza a tonometria a todos os pacientes acima de 14 anos, mesmo que nem sempre todo o serviço seja pago, pois se entende que este é um importante serviço complementar à consulta.

Analisando-se o valor de pagamento das consultas conforme a QUADRO 7, percebe-se que os convênios como Brasil Assistência e Universal Assistência são aqueles que melhor pagam a consulta (R\$ 120,00) com valor de 50% a mais que a consulta particular. Em contrapartida, aquele convênio que menos paga pela consulta médica é a UNISANTA (R\$ 25,00 se considerado com a tonometria) com uma defasagem de 68,75% a menos que a consulta particular (R\$ 80,00).

Além disso, para se fazer uma análise mais apurada do preço pago pelos convênios em relação ao volume de pacientes atendidos segue tabela abaixo :

TABELA 2 - MOVIMENTO MÉDICO DA COSS POR CONVÊNIOS - 2000

CONVÊNIO	NÚMERO CONSULTA EM 2000	DE REPRESENTATIVIDADE (%)
UNIMED	5952	70,43
PARTICULAR	1240	14,67
GEAP	379	4,48
CASSI	357	4,22
ELETROSUL	201	2,37
ELOSAÚDE	111	1,31
GERASUL	49	0,57
AFALESC	43	0,50
ASSEFAZ	24	0,28
UNIVERSAL	9	0,10
ASSISTÊNCIA		
BRASIL ASSISTÊNCIA	3	0,03
OUTROS	82	0,97
TOTAL	8.450	100

FONTE : COSS

Conforme a TABELA 2 acima, verifica-se que os convênios de maior representação na COSS no ano de 2000 foram a UNIMED em primeiro lugar (Na metade do ano de 2000 houve a separação formal da UNIMED com a UNIMED-IPESC, agora UNISANTA, e para efeitos práticos no referido período se considera a soma dos dois convênios) representando 70,43 % e em segundo lugar o PARTICULAR, representando um “não – convênio” com 14,67% do movimento. A UNIMED (considerada junto com a UNISANTA) junto com os PARTICULARES representam juntos 85,10% do movimento total do ano de 2000.

Em seguida, o grupo de representatividade média/ pequena na COSS no ano de 2000 foram GEAP (4,48%), CASSI (4,22%), ELETROSUL (2,37%) e ELOSAÚDE (1,31%). Juntos estes convênios representam 12,38% do movimento da COSS no ano de 2000.

O grupo de menor representatividade no ano 2000 na COSS foram GERASUL (0,57%), AFALESC (0,50%), ASSEFAZ (0,28%), UNIVERSAL ASSISTÊNCIA (0,10) e BRASIL ASSISTÊNCIA (0,03). Juntos, estes convênios representaram 1,48% do movimento da COSS no ano de 2000. Ou seja, este grupo, no referido ano, apresentou uma participação irrisória no total do movimento da empresa.

Por último, a categoria “OUTROS” da TABELA 2 se refere a consultas de cortesia realizadas na COSS, com uma representação de 0,97% do movimento no ano 2000.

Após o exposto, percebe-se que na realidade os preços de consultas mais expressivos se manifestam através da quantidade de pessoas do convênio da UNIMED (UNISANTA incluso no ano 2000) e através da quantidade de pessoas atendidas como PARTICULAR no ano 2000.

As cirurgias feitas na Clínica, de pequeno e médio porte, como nos demais locais cirúrgicos são pagos pelos convênios em duas partes principais :

1. Honorários médicos
2. Custo do estabelecimento cirúrgico : taxa de sala, materiais e medicamentos.

Conforme o convênio e o tipo de cirurgia, os honorários médicos podem variar de R\$ 30,00 até R\$ 210,00. Dos custos do estabelecimento cirúrgico, taxa de sala, materiais e medicamentos são pagos para a Clínica. As taxa de salas, materiais e medicamentos conforme a cirurgia variam de R\$ 40,00 até R\$ 80,00. No caso, se a cirurgia é feita sem convênio médico (PARTICULAR), o custo para o paciente da cirurgia varia conforme a mesma, de R\$ 160,00 até R\$ 500,00.

Sabe-se que a incidência de cada paciente operado cirurgicamente conforme seu convênio é proporcional a incidência de pacientes consultados por convênios. Desta maneira, a maioria dos pacientes operados utilizam o convênio UNIMED.

5.1.2.7.3 Praça ou distribuição

A distribuição dos serviços prestados é realizada no próprio local onde a empresa funciona. . Dessa maneira, o serviço médico é prestado na Rua Dr. Armínio Tavares , n. 77 no Centro de Florianópolis em uma privilegiada área da cidade. Assim, a distribuição é realizada diretamente da empresa para o consumidor, sem haver intermediadores.

Além disso, a fachada da COSS foi reformada em 1996, oferecendo desde então uma bela organização visual da empresa . Consta também na entrada do estabelecimento quatro vagas de estacionamento, sendo que duas estão identificadas para os médicos e as outras duas para os clientes.

5.1.2.7.4 Promoção

Em relação à propaganda, a Clínica de Olhos São Sebastião nunca fez planejamento para atender a este fim. Nos últimos anos a empresa vem sendo abordada por inúmeros representantes de vendas de diversos tipos de propaganda que vem oferecer seus serviços e produtos. Como a empresa não vem se programando para isto, nem definindo sua necessidade própria de propaganda, ocorreram algumas tentativas de propaganda aleatórias.

A propaganda que desde o começo da empresa existe, está ligada com a publicação de informações básicas sobre a empresa na lista telefônica e também, de maneira mais sucinta, nas relações de empresas e profissionais credenciados aos convênios.

Fora destas propagandas convencionais nesta área, no último ano, a Clínica tem buscado manter seus clientes potenciais informados de seus serviços e também para aqueles que já são clientes a empresa atem para o fato de lembrar-lhes que está a disposição. Para isto, a Clínica de Olhos São Sebastião usa (ou usou) as seguintes propagandas:

- Lista *On Line* de profissionais e estabelecimentos de saúde (Listol) – em vigência para este ano;
- Publicação periódica em pequeno anúncio publicitário no Jornal da ABECELESC (Associação dos funcionários da Companhia de Luz de Santa Catarina) – em alguns meses deste ano;
- Publicidade extra no Livro dos credenciados ao convênio ASSEFAZ – em vigência;
- Publicação de anúncio no Jornal Catarinense durante a temporada de verão;
- Placa publicitária acima das placas de identificação de ruas em rua próxima à COSS.

Os problemas percebidos destas propaganda foram justamente a falta de objetivos específicos (fora o de lembrar e informar), falta de planejamento dos canais de comunicação escolhidos, falta de planejamento de publicidade ao longo do ano, falta de planejamento do orçamento destinado a publicidade e falta de orientação para um público alvo. Além disso, a empresa desconhecia dos custos de publicidade, principalmente dos canais de maior circulação, que são bastante elevados.

Em relação a promoção de vendas, a prática da medicina encontra limites presentes no Código de Ética da Medicina, no artigo 96, que segue abaixo :

“É vedado ao médico : Art.96-Reduzir, quando em função de direção ou chefia, a remuneração devida ao médico, utilizando-se de descontos a título de taxa de administração ou quaisquer outros artifícios.”

Desta maneira, o mínimo que se pode oferecer aos clientes da Clínica de Olhos São Sebastião, em relação à promoção de vendas, são conveniências no pagamento como possibilidade de pagamento com cartão de crédito (*Mastercard e Dinners*) e prazo para desconto do cheque quando solicitado.

Sabe-se que no tocante às relações públicas da empresa lida-se diretamente com a construção de um bom relacionamento com os seus diversos públicos. A Clínica de Olhos São Sebastião percebe que, apesar de não ter algum setor ou pessoa específica responsável por esta área, todos os “servidores” que lidam diretamente com o público na empresa são responsáveis pelas tarefas de relações públicas. Desta maneira, médicos, recepcionistas e

auxiliares médicos exercem grande importância no processo de construção deste relacionamento com os clientes.

O relacionamento cliente e médico, prevê o retorno da consulta médica, para verificar resultado do tratamento indicado. Além disso, ao paciente é recomendado que , caso lhe tenha sido recomendado óculos, traga-os para verificar se o grau da lente adquirida é o recomendado pelo médico.

A recepção também exerce um importante elo de relacionamento com o cliente. O atendimento pessoal prestado a clientes que tendem a chegar nos estabelecimentos de saúde por algum motivo que os perturbam fisicamente (alguma enfermidade) necessita de maior dedicação por parte da recepção, pois estes são clientes que podem se descontrolar em razão do estado de tensão em que se deparam em relação a sua saúde. É hábito do atendimento da recepção ligar para os pacientes agendados um dia antes para confirmarem sua presença na consulta.

5.1.2.8 Análise da capacidade produtiva e da produção médica

A Clínica de Olhos São Sebastião desde sua fundação sempre funcionou com três consultórios e um centro cirúrgico. Seu horário normal de atendimento costumava ser das 8:00 horas até às 12:00 horas e das 14:00 até o último paciente, em torno das 19:00 horas. A partir de março de 2001, percebendo a necessidade dos clientes, a COSS se estruturou para atender das 8:00 horas até às 20:00 horas, aumentando assim seu horário de funcionamento de 8 horas diárias para 12 horas.

No entanto, como cada médico define seu agendamento pessoal, ainda não foi possível otimizar ao máximo a capacidade produtiva da COSS neste novo horário de funcionamento. Desta maneira, sua produtividade sempre teve como meta e limite conseguir ocupar estes espaços e os horários disponíveis para tanto.

Logo abaixo, a TABELA 3 apresenta a variação mensal da produção médica de consultas no ano de 1999. Neste ano, a COSS trabalhou nos primeiros nove meses com três médicos e no décimo mês, o número de médico aumentou para cinco. No entanto, esta mudança quase não alterou a média da produção diária, uma vez que esta se manteve na mesma oscilação do resto do ano, variando de 28 até 35 consultas por dia útil. Os meses de melhor desempenho da COSS foram março e maio, com a média de 35 consultas por dia útil.

Os meses de pior desempenho foram junho e dezembro, ambos com uma média mensal de 28 consultas por dia útil. A oscilação apresentada no ano de 1999 foi de aproximadamente 20% na média de consultas da COSS por dia útil.

TABELA 3 - PRODUÇÃO MÉDICA DA COSS NO ANO DE 1999 – CONSULTAS

1999	PRODUÇÃO MENSAL	DIAS ÚTEIS	MÉDIA POR DIAS ÚTEIS
JANEIRO	646	20	32
FEVEREIRO	546	18	30
MARÇO	764	22	35
ABRIL	656	20	33
MAIO	732	21	35
JUNHO	584	21	28
JULHO	703	22	32
AGOSTO	686	22	31
SETEMBRO	690	21	33
OUTUBRO	619	20	31
NOVEMBRO	591	20	30
DEZEMBRO	583	21	28
TOTAL ANUAL	7800	248	31
MÉDIA MENSAL	650		

FONTE: COSS

Das cirurgias geradas pela COSS, através das necessidades de seus clientes, nem todas são realizadas no próprio estabelecimento. Na COSS, como já foi mencionado, executa-se apenas as cirurgias de pequeno e médio porte. Aquelas de porte maior, ou com necessidade de tecnologia mais elaborada (exemplo : yag laser), são realizadas em outros estabelecimentos, porém com os médicos da COSS. Estes outros locais são o Centro Oftalmológico de Diagnóstico e Terapia ou a Ophtalmolaser.

No ano de 1999, conforme a TABELA 4 abaixo, a variação de cirurgias geradas na COSS foi de no mínimo 15 ao mês (março) e no máximo 23 (outubro), com uma média anual de 19. Desta maneira, houve uma oscilação de 35% no movimento cirúrgico gerado

pela COSS em 1999. Do total destas cirurgias verifica-se que na média apenas 37% delas são realizadas na COSS, levando para 63% o volume médio de cirurgias feitas em outros estabelecimentos.

TABELA 4 – CIRURGIAS GERADAS PELA COSS - 1999

1999	TOTAL DE CIRURGIAS	CIRURGIAS REALIZADAS NA COSS	CIRURGIAS REALIZADAS EM OUTROS LOCAIS*
JANEIRO	19	2	17
FEVEREIRO	20	4	16
MARÇO	15	6	9
ABRIL	15	6	9
MAIO	17	5	12
JUNHO	17	6	11
JULHO	21	9	12
AGOSTO	18	6	12
SETEMBRO	21	11	10
OUTUBRO	23	13	10
NOVEMBRO	22	7	15
DEZEMBRO	17	2	15
TOTAL	225	77	148
MÉDIA MENSAL	19	7	12

FONTE: COSS

NOTA: * OUTROS LOCAIS – Centro Oftalmológico de Diagnose e Terapia ou na Ophalmolaser.

Conforme a TABELA 4 acima, visualiza-se o mês de melhor desempenho cirúrgico realizado na COSS no ano de 1999 que foi outubro, e os piores foram janeiro e dezembro. Por outro lado, daquelas cirurgias realizadas em outros estabelecimentos, os desempenhos melhores ocorreram em janeiro e fevereiro, e os piores foram em março e abril do referido ano. Dos dados acima expostos conclui-se que o fluxo de cirurgias geradas pela COSS é inconstante, sendo proporcionalmente mais inconstante ainda o fluxo das cirurgias realizadas na COSS e em outros locais. Porém durante o ano de 1999, em todos os meses houveram

predominância das cirurgias realizadas em outros locais em detrimento daquelas realizadas na própria COSS.

Além disso, da média mensal de consultas feitas na COSS no ano de 1999, que é 650 consultas/mês, apenas o equivalente a 3% deste volume faz alguma cirurgia oftalmológica, sendo menor ainda a porcentagem destas cirurgias realizadas na COSS, de 1%.

No ano de 2000, a média mensal de consultas na COSS subiu de 650 consultas/mês (ano 1999) para 718 consultas/mês, o que corresponde a um aumento de 10% da produtividade de consultas. A média de consultas de 2000 por dia útil aumentou de 31 consultas/dia (ano de 1999) para 35 consultas/dia. Neste ano, o mês de maior produtividade foi março, com uma média de 40 consultas/dia e os meses com menor produtividade foram janeiro e dezembro de 2000, ambos com 32 consultas/dia útil. O desempenho da COSS no ano de 2000 foi superior ao ano anterior. Durante o ano inteiro de 2000 a COSS funcionou com cinco médicos.

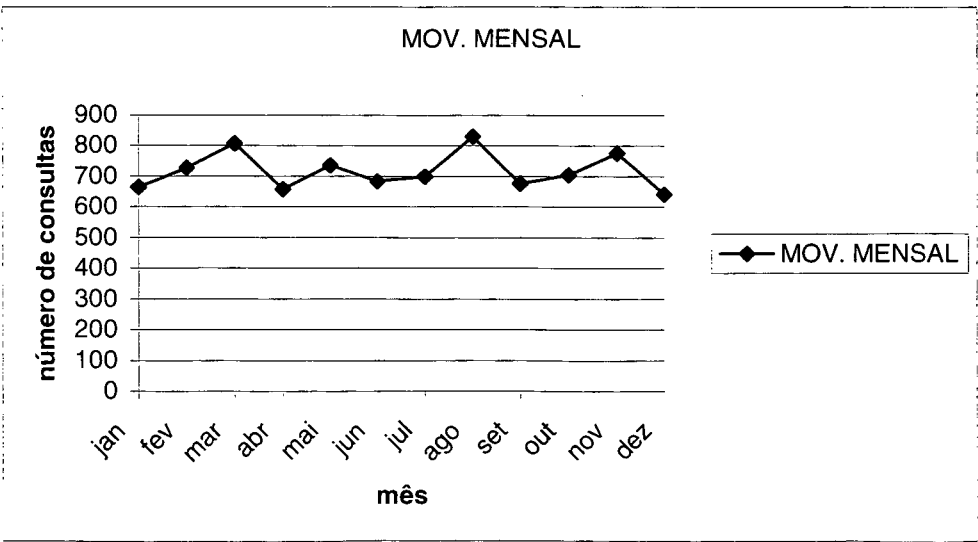
Em relação ao desempenho dos médicos no ano 2000, conforme indica o GRÁFICO 2, percebe-se que o maior volume de atendimentos ainda é do médico proprietário, correspondente a letra “E”. O segundo maior volume de atendimentos é realizado pelo médico “C” que trabalha com seus próprios equipamentos, num consultório exclusivo. No consultório em que três médicos dividem o mesmo espaço, o médico “B” apresenta maior volume de atendimentos, enquanto que os médicos “A” e “D” apresentaram no ano de 2000 um volume de atendimentos semelhantes entre si, porém baixo. Nesta análise cabe ressaltar que a variação do volume de atendimento dos médicos é decorrente de vários fatores entre eles a disponibilidade de horários do médico na COSS e o tempo em que o médico atende na COSS.

TABELA 5 – PRODUÇÃO MÉDICA DO ANO 2000

2000	PRODUÇÃO MENSAL	DIAS ÚTEIS	MÉDIA POR DIAS ÚTEIS
JANEIRO	665	21	32
FEVEREIRO	727	21	35
MARÇO	808	20	40
ABRIL	658	19	35
MAIO	736	22	33
JUNHO	685	21	33
JULHO	699	21	33
AGOSTO	830	23	36
SETEMBRO	678	20	34
OUTUBRO	705	21	34
NOVEMBRO	777	20	39
DEZEMBRO	642	20	32
TOTAL ANUAL	8610	249	35
MÉDIA MENSAL	718		

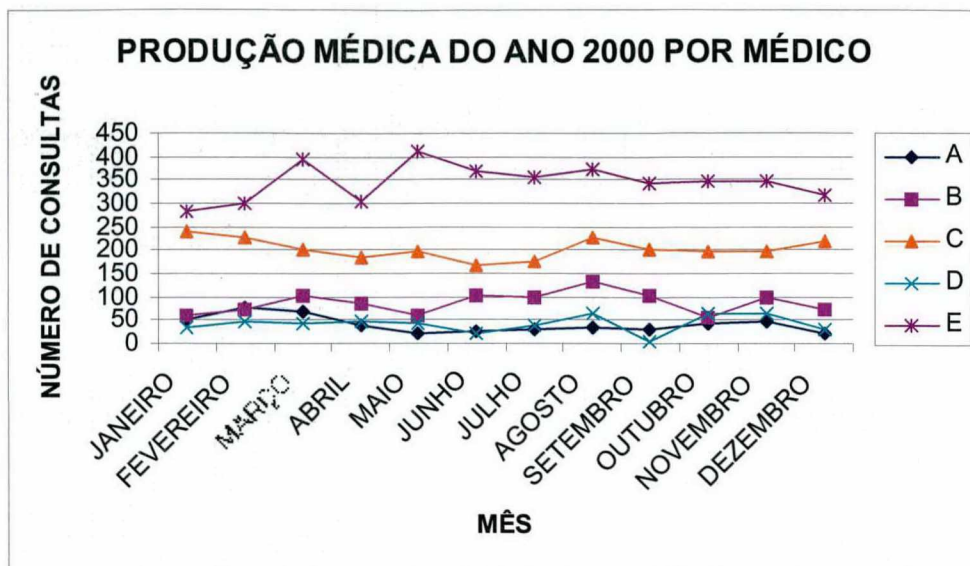
FONTE : COSS

GRÁFICO 1 – PRODUÇÃO MÉDICA MENSAL DO ANO 2000



FONTE: COSS

GRÁFICO 2 – PRODUÇÃO MÉDICA DE CONSULTAS POR MÉDICO - 2000



FONTE: COSS

Conforme TABELA 5, em relação ao movimento cirúrgico do ano 2000, a média mensal é de 23 cirurgias geradas pela COSS. Comparativamente ao ano anterior (com a média de 19 cirurgias geradas), houve um aumento de 21% destes procedimentos. Em 2000, o mês de maior desempenho cirúrgico foi julho com 29 cirurgias geradas pela COSS, enquanto que o mês de pior desempenho foi fevereiro com 16 cirurgias. A oscilação do número de consultas geradas é de aproximadamente 45%, maior que o mês anterior (35%), demonstrando o quanto é inconstante o fluxo cirúrgico. Mesmo o mês de fevereiro de 2000, com a produção mínima da cirurgias geradas pela COSS ainda é superior ao menor desempenho do ano 1999, de 15 cirurgias no mês.

Através da TABELA 6, é possível visualizar a distribuição das cirurgias geradas pela COSS. Percebe-se que na COSS o mês de maior produtividade cirúrgica foi dezembro, com 13 cirurgias, enquanto que o mês de menor produtividade de cirurgias realizadas na COSS foi fevereiro com apenas 3 cirurgias. Já das cirurgias realizadas em outros locais, o mês de maior desempenho foi junho com 19 cirurgias e o mês de pior desempenho externo foi setembro com 8 cirurgias.

No ano 2000, conforme TABELA 6, das 272 cirurgias geradas pela COSS, apenas 38% delas foram realizadas na própria COSS, enquanto que 62% destas cirurgias foram realizadas em outros estabelecimentos. Durante este ano, a média mensal das cirurgias geradas pela COSS foi de 23 cirurgias, enquanto que a média mensal de cirurgias realizadas

na COSS foi de 9 cirurgias e a média mensal de cirurgias geradas pela COSS e realizadas em outros locais foi de 14 cirurgias.

Comparativamente ao ano anterior, percebe-se que houve um aumento geral tanto em consultas como em cirurgias. As consultas no ano 2000 aumentaram 10% em relação a 1999, e as cirurgias tiveram um aumento de 21% no geral, sendo que aquelas realizadas na COSS tiveram um aumento maior (29%) do que as cirurgias realizadas em outros locais que aumentaram apenas 17%. Na relação entre volume de consultas e volume cirúrgico, no ano de 2000, as cirurgias geradas pela COSS representam apenas 3% do volume de consultas do mesmo ano. Esta proporção de 3% das cirurgias para o volume das consultas no ano 2000 é a mesma do ano anterior.

TABELA 6- CIRURGIAS GERADAS PELA COSS - 2000

2000	TOTAL DE CIRURGIAS	CIRURGIAS REALIZADAS NA COSS	CIRURGIAS REALIZADAS EM OUTROS LOCAIS*
JANEIRO	18	6	12
FEVEREIRO	16	3	13
MARÇO	18	8	10
ABRIL	29	11	18
MAIO	28	11	17
JUNHO	24	5	19
JULHO	29	12	17
AGOSTO	26	9	17
SETEMBRO	18	10	8
OUTUBRO	25	8	17
NOVEMBRO	19	7	12
DEZEMBRO	22	13	9
TOTAL	272	103	169
MÉDIA MÊNSAL	23	9	14

FONTE: COSS

NOTA: * OUTROS LOCAIS – Centro Oftalmológico de Diagnose e Terapia ou na Ophalmolaser.

No ano 2001, a análise a ser feita é parcial em razão do período ainda estar andamento. Os dados possuídos são de janeiro à maio. Neste ano, do ponto onde se está só se poderá fazer uma estimativa da situação para o resto do ano.

Assim, conforme TABELAS 7 e 8, na primeira metade de 2001 a produção médica é pouco semelhante aquela do ano anterior, apresentando uma média mensal de 716 consultas para a mesma média de consultas do ano anterior de 718 consultas. A média diária deste período do ano 2001 é de 34 consultas diárias, para 35 consultas/dia do ano 2000. Os meses de março e abril apresentaram a melhor média mensal de atendimentos de 37 consultas/dia útil. Maio de 2001 foi o mês de menor volume de atendimentos realizados, com 27 consultas/ dia útil.

Em relação ao movimento cirúrgico do primeiro período de 2001 (de janeiro à maio), a média mensal de cirurgias geradas pela COSS é de 27 cirurgias, enquanto que a mesma média daquelas realizadas na COSS é de 9 cirurgias/mês (igual a média do ano anterior) e a média mensal das cirurgias realizadas em outros locais é de 18 cirurgias. Comparando-se este desempenho com aquele do ano anterior, percebe-se que a média das cirurgias geradas pela COSS aumentou em 17%, sendo este aumento verificado naquelas cirurgias realizadas em outros locais que passaram da média de 14 cirurgias/mês em 2000. para 18 cirurgias.

Ainda sobre movimento cirúrgico acima descrito, conforme TABELA 8, percebe-se que no mês de maio de 2001 o número de cirurgias realizadas na COSS foi o maior do período, e a menor quantidade de cirurgias realizadas na COSS foi em março do mesmo ano. Das cirurgias realizadas em outros locais no período referido, o mês de março apresentou o maior desempenho, sendo que o menor deste período destas cirurgias foi em janeiro de 2001. Ainda neste ano, o volume de cirurgias realizadas em outros locais é superior aquelas realizadas na COSS.

TABELA 7 – PRODUÇÃO MÉDICA DE CONSULTAS DA COSS EM 2001.

2001	MOV. MENSAL	DIAS ÚTEIS	MÉDIA POR DIA ÚTIL
JANEIRO	742	22	34
FEVEREIRO	677	19	36
MARÇO	818	22	37
ABRIL	744	20	37
MAIO	598	22	27
TOTAL	3579	105	34
MÉDIA MENSAL 716			

FONTE: COSS

NOTA: O ano de 2001 é considerado de janeiro até maio apenas.

TABELA 8 - CIRURGIAS GERADAS PELA COSS - 2001

2001	TOTAL	REALIZADAS NA COSS	REALIZADAS EM OUTROS LOCAIS *
JANEIRO	21	9	12
FEVEREIRO	30	8	22
MARÇO	31	7	24
ABRIL	21	8	13
MAIO	33	14	19
TOTAL	136	46	90
MÉDIA MENSAL	27	9	18

FONTE: COSS

NOTA: * OUTROS LOCAIS – Centro Oftalmológico de Diagnóstico e Terapia ou na Ophthalmolaser.

Fazendo-se uma análise do último triênio, 1999, 2000 e 2001* (de janeiro à maio), em relação ao volume de atendimentos realizados na COSS, verifica-se que em 1999, enquanto a COSS trabalhava apenas com 3 médicos, sua média de consultas por dia útil era de 31 consultas. No ano 2000 quando o corpo clínico passou de 3 para 5 médicos durante todo o ano, a média de consultas por dia útil subiu para 35 consultas, sendo um aumento de

13% da produção médica de consultas. Já de 2000 para os primeiros cinco meses de 2001, a média de consultas por dia útil baixou para 34 consultas , sendo esta uma sensível diminuição de 3% em relação ao ano anterior. Nota-se que o ano de 2001 ainda está em curso e esta média tenderá a pelo menos manter-se conforme o ano anterior pois o mês de menor movimento de atendimentos dos meses analisados de 2001 foi maio que baixou a média dos demais meses. Esta variação pode ser visualizada através do GRÁFICO 3 referente à Evolução da média de consultas diárias por dia útil.

Em relação ao movimento cirúrgico do último triênio, verifica-se que de acordo com o movimento de consultas visto acima, em 2000, com o corpo clínico composto por 5 médicos, não mais por 3, o número de cirurgias geradas pela COSS aumentou. Das realizadas na COSS, após o incremento ocorrido no ano 2000, esta média está se mantendo a mesma nos meses analisados de 2001. Já as cirurgias geradas pela COSS e realizadas em outros lugares estas tem aumentado ano a ano. De 1999 para 2000 estas cirurgias aumentaram 17% e de 2000 para os meses analisados de 2001 houve um aumento de 29%. Nota-se como no caso das consultas que esta média cirúrgica irá variar, tendo em vista que o ano 2001 ainda está em andamento. Através do GRÁFICO 4 - Evolução da média mensal da produção cirúrgica gerada pela COSS no último triênio, na página seguinte, é possível a visualização desta variação trienal comentada.

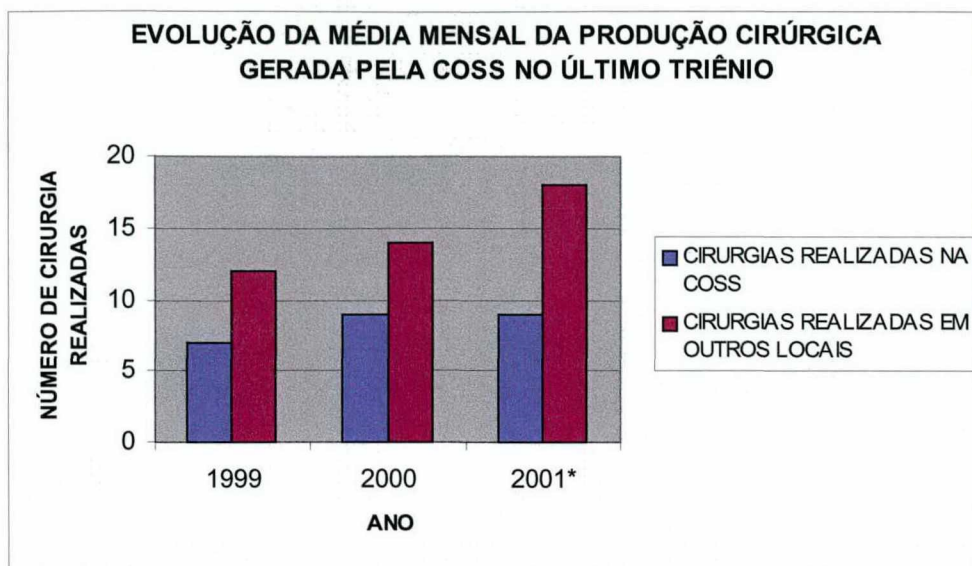
GRÁFICO 3 – EVOLUÇÃO DA MÉDIA DE CONSULTAS DIÁRIAS POR DIA ÚTIL



FONTE: COSS

NOTA: O ano de 2001 é considerado de janeiro até maio apenas.

GRÁFICO 4 – EVOLUÇÃO DA MÉDIA MENSAL DA PRODUÇÃO CIRÚRGICA GERADA PELA COSS NO ÚLTIMO TRIÊNIO - 2001



FONTE : COSS

NOTA: O ano de 2001 é considerado de janeiro até maio apenas.

Outro fator de análise muito importante para poder se avaliar o grau de desempenho produtivo da COSS é através da verificação de sua capacidade produtiva. O QUADRO 8 mostra a capacidade da COSS a partir de março de 2001, quando ela se estruturou conforme a demanda de pacientes a funcionar das 8 horas até às 20 horas, sem intervalos, de Segunda-feira até Sexta-feira.

Há nesta empresa, como já foi falado anteriormente três consultórios médicos, sendo dois destes com equipamentos da COSS e outro não. Uma consulta oftalmológica leva em média 20 minutos, o tempo em que é agendada para todos os médicos. Portanto, em uma hora existe a disponibilidade de três consultas a serem agendadas. Considerando-se que a COSS dispõem de três consultórios, então, por hora há a disponibilidade de 9 consultas a serem agendadas.

O espaço físico do centro cirúrgico fica disponível durante o tempo em que a COSS fica aberta, das 8 horas até as 20 horas de Segunda-feira até Sexta-feira. A recepção da COSS também funciona neste horário.

O setor de administração, que executa funções meio no processo de prestação de serviço médico oftalmológico, fica disponível 8 horas por dia de trabalho útil.

É evidente que a atividade principal na COSS é a atividade médica, que impulsiona toda a empresa. Assim, como cada médico define sua agenda conforme o espaço disponível na COSS e conforme sua disponibilidade pessoal, fica a seu critério a utilização do espaço que a empresa oferece.

Desta maneira, a TABELA 8 mostra como estão sendo utilizados os espaços da COSS para o atendimento clínico por médico. Esta tabela mostra numericamente a disponibilidade de serviço na COSS de cada médico. Para uma melhor visualização dos resultados práticos destes agendamentos, os gráficos 2, 5 e 7 mostram o desempenho por médico ocorridos nos anos 1999, 2000 e parte de 2001.

Assim, percebe-se que quanto mais o médico se disponibiliza para o serviço na COSS, maior é o atendimento realizado. Considerando-se que o médico proprietário é o que mais se dispõem para o serviço na COSS, entre outros fatores, ele é o profissional com o maior volume de atendimento.

QUADRO 8 – CAPACIDADE DE OCUPAÇÃO PRODUTIVA DA COSS - 2001

SETOR	CARGA HORÁRIA DISPONÍVEL SEMANAL	CARGA HORÁRIA DISPONÍVEL MENSAL	NÚMERO DE CONSULTAS DISPONÍVEIS SEMANAL	NÚMERO DE CONSULTAS DISPONÍVEIS MENSAL
3 CONSULTÓRIOS MÉDICOS	192	768	576	2304
CENTRO CIRÚRGICO	60	252		
RECEPÇÃO	60	252		
ADMINISTRAÇÃO	40	168		

FONTE : COSS

TABELA 9 – DISPONIBILIDADE REAL DE ATENDIMENTO MÉDICO NA COSS - 2001

MÉDICO	CARGA HORÁRIA DISPONÍVEL SEMANAL	CARGA HORÁRIA DISPONÍVEL MENSAL	NÚMERO DE CONSULTAS DISPONÍVEIS SEMANAL	NÚMERO DE CONSULTAS DISPONÍVEIS MENSAL
A	4h	16h	12	48
B	9h 20min	37h 20 min	28	112
C	21h 20min	85h 20 min	64	256
D	18h 20min	73h 20min	55	220
E	29h 40 min	118h 20 min	89	356
TOTAL	82 h 40 min	330 h 20 min	248	992

FONTE : COSS

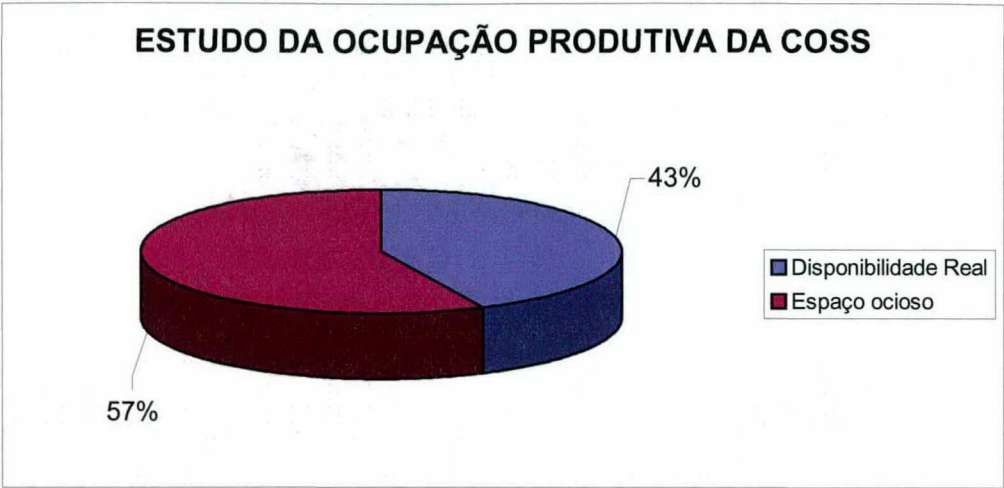
Desta maneira, ao se fazer uma comparação do espaço e condições da COSS disponíveis para o atendimento médico e a disponibilidade real a que se propõem os médicos da COSS, tem –se o QUADRO 9 que discrimina esta comparação por dados numéricos. Na última linha da TABELA 9 , que totaliza a ocupação disponível pelos médicos na COSS é comparada com a segunda linha do QUADRO 8 que descreve a capacidade de ocupação da empresa considerada pelo espaço disponível dos três consultórios médicos. Assim o resultado numérico desta comparação é o espaço ocioso na COSS.

QUADRO 9 – COMPARAÇÃO DO TOTAL CAPACIDADE X OCUPAÇÃO REAL DOS 3 CONSULTÓRIOS MÉDICOS :

ITENS DE COMPARAÇÃO	CARGA HORÁRIA DISPONÍVEL SEMANAL	CARGA HORÁRIA DISPONÍVEL MENSAL	NÚMERO DE CONSULTAS DISPONÍVEIS SEMANAL	NÚMERO DE CONSULTAS DISPONÍVEIS MENSAL	%
Disponibilidade Real	82h 40min	330h 20min	248	992	43
Espaço ocioso	109h 20min	437h 40min	328	1312	57
Capacidade Total	192h	768h	576	2304	100

FONTE: COSS

GRÁFICO 5– ESTUDO DA OCUPAÇÃO PRODUTIVA DA COSS



FONTE: COSS

5.1.2.9 Análise Financeira

QUADRO 10– DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO DA COSS - 2000

Receita Bruta.....	R\$ 406.775,94
Impostos incidentes sobre serviço	
ISS.....	R\$ (395,04)
Receita Líquida.....	R\$406.380,90
Custo dos serviços prestados.....	R\$ (61.671,73)
Lucro Operacional Bruto.....	R\$ 344.709,17
Despesas.....	R\$ (146.167,92)
Lucro líquido antes do Imposto de Renda.....	R\$198.541,25
Imposto de Renda.....	R\$ (10.596,87)
Lucro líquido do exercício.....	R\$187.944,38

FONTE: COSS

5.1.2.10 Objetivos e estratégias atuais da empresa

Até o início de 2000, a COSS estava sempre preocupada em manter um bom serviço a seus clientes, cuidando atentamente para que tudo funcionasse adequadamente. E, ao longo do tempo, sempre ocorreram muitas mudanças na empresa. Houveram mudanças de médicos para atender na COSS, mudanças de funcionários, mudanças no contexto econômico social, mudança no comportamento e das exigências de clientes e de convênios e etc. Porém a cultura gerencial da empresa sempre foi guiada por uma gestão administrativa informal, pelos próprios médicos.

Nos últimos dez anos, em que a situação externa vem se mostrando mais competitiva neste setor, vem havendo uma preocupação por parte do diretor geral da empresa em torná-la mais concorrente no mercado. Assim, a COSS teve seu primeiro administrador que estruturou a parte financeira, de faturamento, de recursos humanos, estatísticas gerenciais e etc. Em 1996 a empresa reestruturou o lay-out da sua sala de recepção e a fachada da COSS com um novo logotipo. Sinalizou internamente os ambientes e deu nova aparência a estrutura física da empresa.

Com a mesma preocupação em melhorar seus serviços e sua apresentação frente a sua clientela em termos humanos, em 2000 a COSS despertou para a necessidade de uma consultoria externa que provesse este apoio. . Para isto, ela tem sido apoiada por uma consultoria externa que através de palestras e reuniões com o diretor geral, vem desenvolvendo propostas de melhoria na empresa.

Com esta consultoria foram desenvolvidas as seguintes atividades :

- Levantamento do diagnóstico da situação atual em termos de clima organizacional;
- Dinâmica de grupo para conscientização da importância de se trabalhar em equipe, e não em grupos;
- Palestras para a sensibilização da qualidade (Gerenciamento da Qualidade);
- Aplicação do sistema de organização japonês 5S (Seiri = utilização, Seiton = ordenação, Seisob = limpeza, Seiketsu = saúde e Shitsuke = autodisciplina);
- Palestras sobre qualidade no atendimento;
- Palestra sobre noções do Marketing pessoal, instruindo a equipe a trabalhar uniformizada, identificada e com boa aparência.

Atualmente, a COSS tem buscado soluções para otimizar seu espaço disponível, manter a agenda dos médicos cheia, diminuir custos e despesas operacionais, facilitar o processo de faturamento de convênios, obter um desempenho excelente do setor administrativo que lida com contas a pagar e receber entre inúmeras tarefas administrativas, etc. Outro importante objetivo é o estímulo que a empresa dá aos médicos não-sócios para que eles aumentem sua disponibilidade de tempo para o atendimento médico na COSS, mas como eles trabalham também em outros locais, há uma certa limitação.

Além disso, a empresa também está se mostrando mais receptiva a formas de publicidade como anúncios e outras propostas que possam ser úteis a divulgação da empresa para seus atuais clientes e para os potenciais.

5.1.2.11 Clientes

Para a verificação da opinião dos clientes da COSS foi realizada uma pesquisa de mercado com 200 clientes para avaliar o nível de satisfação dos mesmos em relação à empresa. no primeiro semestre de 2001.

Perguntas :

- 1. Qual foi a sua indicação para vir à COSS ?

TABELA 10– INDICAÇÕES DE ORIGEM DOS CLIENTES DA COSS - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Amigos/familiares	94	94	47	47
Médico	29	123	14,5	61,5
Convênio	32	155	16	77,5
Lista telefônica	29	184	14,5	92
Outras indicações	16	200	8	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação a indicação de origem dos atuais clientes da COSS é possível verificar que a indicação de amigos ou familiares tem a maior representação dentre os itens questionados, com 47% das respostas. Já indicações como médico, convênio e lista telefônica apresentam comportamento semelhante dentre as respostas, com respectivamente 14,5% , 16% e 14,5%. Dentre os que responderam “outros”, e escreveram suas observações as respostas foram:

- Proximidade de sua residência (1 resposta),
- Trabalho próximo à COSS (1 resposta),
- Ótica Rio Branco (1 resposta),
- Não lembra (8 respostas).

GRÁFICO 6 – CLASSIFICAÇÃO POR ORIGEM DOS CLIENTES DA COSS – 2001



FONTE : PESQUISA DE CAMPO

2 Quanto à recepção :

2.1 Como você avalia o atendimento da recepção por telefone :

TABELA 11 – ATENDIMENTO DA RECEPÇÃO POR TELEFONE - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Ótimo	101	101	50,5	50,5
Bom	90	191	45	95,5
Regular	4	195	2	97,5
Ruim	1	196	0,5	98
Péssimo	0	196	0	98
Não sei	4	200	2	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação ao atendimento da recepção por telefone, os clientes da COSS, 50,5% o consideram ótimo, e 45% deles o classificam como bom.

2.2 Como você avalia o atendimento da recepção no próprio local :

TABELA 12 – ATENDIMENTO DA RECEPÇÃO NO LOCAL -2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Ótimo	108	108	54	54
Bom	86	194	43	97
Regular	6	200	3	100
Ruim	0	200	0	100
Péssimo	0	200	0	100
Não sei	0	200	0	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação ao atendimento da recepção no local, 54% dos clientes consideram ótimo, enquanto que para 43% deles, o atendimento é bom.

3 Quanto ao serviço médico :

3.1 Como você avalia o serviço médico prestado quanto à pontualidade:

TABELA 13 – PONTUALIDADE DO ATENDIMENTO MÉDICO - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Ótimo	77	77	38,5	38,5
Bom	91	168	45,5	84
Regular	24	192	12	96
Ruim	4	196	2	98
Péssimo	3	199	1,5	99,5
Não sei	1	200	0,5	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação a pontualidade do atendimento médico, 84% dos clientes avaliaram como ótimo ou bom (38,5%- ótimo e 45,5% - bom).

3.2 Como você avalia o serviço médico prestado quanto à disponibilidade de horários para atendimento :

TABELA 14 – DISPONIBILIDADE DE HORÁRIOS MÉDICOS - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Ótimo	57	57	28,5	28,5
Bom	112	169	56	84,5
Regular	19	188	9,5	94
Ruim	10	198	5	99
Péssimo	1	199	0,5	99,5
Não sei	1	200	0,5	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação a disponibilidade de horários para atendimento 84,5% dos clientes avaliaram como ótimo ou bom (28,5% - ótimo e 56% - bom).

3.3 Como você avalia o atendimento médico prestado quanto ao motivo de saúde que o trouxe ao seu médico :

TABELA 15 – AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Ótimo	112	112	56	56
Bom	72	184	36	92
Regular	3	187	1,5	93,5
Ruim	2	189	1	94,5
Péssimo	1	190	0,5	95
Não sei	10	200	5	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação a qualidade percebida pelos clientes do atendimento médico, 92% o avaliaram como ótimo ou bom. Deste percentual, a opinião ótimo corresponde a 56% das respostas.

3.4 Como você avalia o **resultado** do serviço médico prestado quanto ao motivo de saúde que o motivou a fazer a consulta médica :

TABELA 16 – RESULTADO DO SERVIÇO MÉDICO - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Ótimo	89	89	44,5	44,5
Bom	70	159	35	79,5
Regular	2	161	1	80,5
Ruim	3	164	1,5	82
Péssimo	1	165	0,5	82,5
Não sei	35	200	17,5	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação ao resultado do serviço médico, 79,5% o consideram ótimo ou bom (ótimo – 44,5% e bom – 35%).

3.5 Se ruim ou péssimo, qual (quais) foi (foram) o (s) motivo (s) :

Das pessoas que responderam a questão suas opiniões foram :

- “Os médicos demonstram uma superioridade que causa desconforto. Eles deveriam adequar sua qualidade profissional a um bom trato pessoal. A simpatia transmite segurança.”
- “Uma hora de espera”;
- “Exame incompleto”;
- “Eu marquei às 18:15 e só fui atendida às 19:00 hs”

4 Quanto ao setor de Lentes de Contato :

4.1 .Como você avalia o setor de lentes de contato quanto ao serviço de demonstração do uso das lentes:

TABELA 17 – SERVIÇO DE DEMONSTRAÇÃO DE LENTES DE CONTATO -2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Ótimo	35	35	17,5	17,5
Bom	20	55	10	27,5
Regular	0	55	0	27,5
Ruim	0	55	0	27,5
Péssimo	0	55	0	27,5
Não sei	145	200	72,5	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação a avaliação do serviço de demonstração de lentes de contato, 72,5% não sabem ou não conhecem, enquanto que 27,5% o considera ótimo ou bom (ótimo- 17,5% e bom- 10%).

4.2 Como você avalia o setor de lentes de contato quanto a orientação dada sobre o uso dessas lentes :

TABELA 18 – SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO DE LENTES DE CONTATO - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Ótimo	35	35	17,5	17,5
Bom	20	55	10	27,5
Regular	0	55	0	27,5
Ruim	0	55	0	27,5
Péssimo	0	55	0	27,5
Não sei	145	200	72,5	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação a avaliação da orientação de lentes de contato, as respostas são idênticas a anterior, mostrando que 72,5% dos clientes não sabem ou não conhecem, enquanto que 27,5% o considera ótimo ou bom (ótimo- 17,5% e bom- 10%).

4.3 Quanto à sua expectativa em relação ao uso de lentes de contato você se sentiu :

TABELA 19 – EXPECTATIVA DE USO DE LENTES DE CONTATO - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Muito satisfeito	30	30	15	15
Satisfeito	15	45	7,5	22,5
Indiferente	0	45	0	22,5
Insatisfeito	5	50	2,5	25
Muito insatisfeito	1	51	0,5	25,5
Não sei	149	200	74,5	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação a expectativa de uso de lentes de contato, 74,5% não sabem ou não usam as lentes, enquanto que 15% dos clientes sentiram-se muito satisfeitos, e 7,5% estavam satisfeitos.

4.4 Se insatisfeito ou muito insatisfeito, qual foi o motivo :

- “A lente não foi correta para os meus olhos”;
- “Devido a uma cinta de silicone no olho (que fica mais oval do que o normal), a lente caia com o simples piscar de olhos”.
- “Falta de adaptação”.

5 Quanto à estrutura física :

5.1 Como você avalia a estrutura física da COSS em relação à sala de recepção :

TABELA 20 – AVALIAÇÃO DA SALA DE RECEPÇÃO DA COSS - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Ótimo	117	117	58,5	58,5
Bom	81	198	40,5	99
Regular	2	200	1	100
Ruim	0	200	0	100
Péssimo	0	200	0	100
Não sei	0	200	0	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação a sala de recepção da COSS, 99% dos clientes a considera como ótima ou boa.

5.2 Como você avalia a estrutura física da COSS quanto à instalação sanitária da sala de recepção :

TABELA 21 – AVALIAÇÃO DA INSTALAÇÃO SANITÁRIA DA COSS – 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Ótimo	75	75	37,5	37,5
Bom	70	145	35	72,5
Regular	4	149	2	74,5
Ruim	0	149	0	74,5
Péssimo	0	149	0	74,5
Não sei	51	200	25,5	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação a instalação sanitária da COSS, 72,5% dos clientes consideram ótima ou boa, sendo que 25,5% não sabem ou não conhecem.

5.3 Como você avalia a estrutura física da COSS em relação ao consultório médico:

TABELA 22 – AVALIAÇÃO DO CONSULTÓRIO MÉDICO DA COSS - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Ótimo	103	103	51,5	51,5
Bom	95	198	47,5	99
Regular	1	199	0,5	99,5
Ruim	0	199	0	99,5
Péssimo	0	199	0	99,5
Não sei	1	200	0,5	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação a estrutura física do consultório médico da COSS, 99% dos clientes o consideram ótimo ou bom.

5.4 Como você avalia a estrutura física da COSS em relação à sala de dilatação de pupilas :

TABELA 23 – AVALIAÇÃO DA SALA DE DILATAÇÃO DE PUPILAS DA COSS - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Ótimo	28	28	14	14
Bom	73	101	36,5	50,5
Regular	2	103	1	51,5
Ruim	1	104	0,5	52
Péssimo	0	104	0	52
Não sei	96	200	48	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação a sala de dilatação de pupilas, 50,5% dos clientes a considera como ótima ou boa, enquanto que 48% deles não sabem ou não a conhecem.

5.5 Como você avalia a estrutura física da COSS quanto à sala de lentes de contato:

TABELA 24 – AVALIAÇÃO DA SALA DE LENTES DE CONTATO - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Ótimo	28	28	14	14
Bom	35	63	17,5	31,5
Regular	0	63	0	31,5
Ruim	0	63	0	31,5
Péssimo	0	63	0	31,5
Não sei	137	200	68,5	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação a sala de lentes de contato, 68,5% não souberam opinar ou não a conhecem, enquanto que 31,5% a consideram boa ou ótima.

5.6 Como você avalia a estrutura física da COSS quanto à climatização:

TABELA 25 – AVALIAÇÃO DA CLIMATIZAÇÃO DA COSS- 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Ótimo	82	82	41	41
Bom	112	194	56	97
Regular	4	198	2	99
Ruim	0	198	0	99
Péssimo	0	198	0	99
Não sei	2	200	1	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação a climatização da COSS, 97% dos clientes a consideram boa.

5.7 Como você avalia a localização da COSS quanto à facilidade de acesso na cidade de Florianópolis:

TABELA 26 – AVALIAÇÃO DA FACILIDADE DE ACESSO DA COSS NA CIDADE - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Ótimo	80	80	40	40
Bom	105	185	52,5	92,5
Regular	8	193	4	96,5
Ruim	2	195	1	97,5
Péssimo	3	198	1,5	99
Não sei	2	200	1	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação a facilidade de acesso da COSS na cidade, 92,5% a consideram ótima ou boa.

5.8 Como você avalia o acesso físico da COSS quanto ao estacionamento :

TABELA 27 – AVALIAÇÃO DO ESTACIONAMENTO DA COSS - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Ótimo	4	4	2	2
Bom	23	27	11,5	13,5
Regular	19	46	9,5	23
Ruim	28	74	14	37
Péssimo	80	154	40	77
Não sei	46	200	23	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação ao estacionamento da COSS, 40% dos clientes o considera péssimo e para 14% .dos clientes o estacionamento é ruim.

6 Há quanto tempo você é cliente da Clínica de Olhos São Sebastião :

TABELA 28 – TEMPO DE FIDELIDADE DO CLIENTE DA COSS - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
de 0 a 1 ano	51	51	25,5	25,5
de 1 a 3 anos	27	78	13,5	39
de 3 a 5 anos	47	125	23,5	62,5
de 5 a 10 anos	39	164	19,5	82
de 10 a 29 anos	36	200	18	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

GRÁFICO 7 – TEMPO DE FIDELIDADE DOS CLIENTES DA COSS –2001



FONTE : PESQUISA DE CAMPO

Comentários: Em relação ao tempo de fidelidade do cliente da COSS, 62,5% deles são clientes da empresa de 0 até 5 anos.

7 Qual seu convênio médico :

TABELA 29 – CONVÊNIO MÉDICO DO CLIENTE DA COSS - 2001

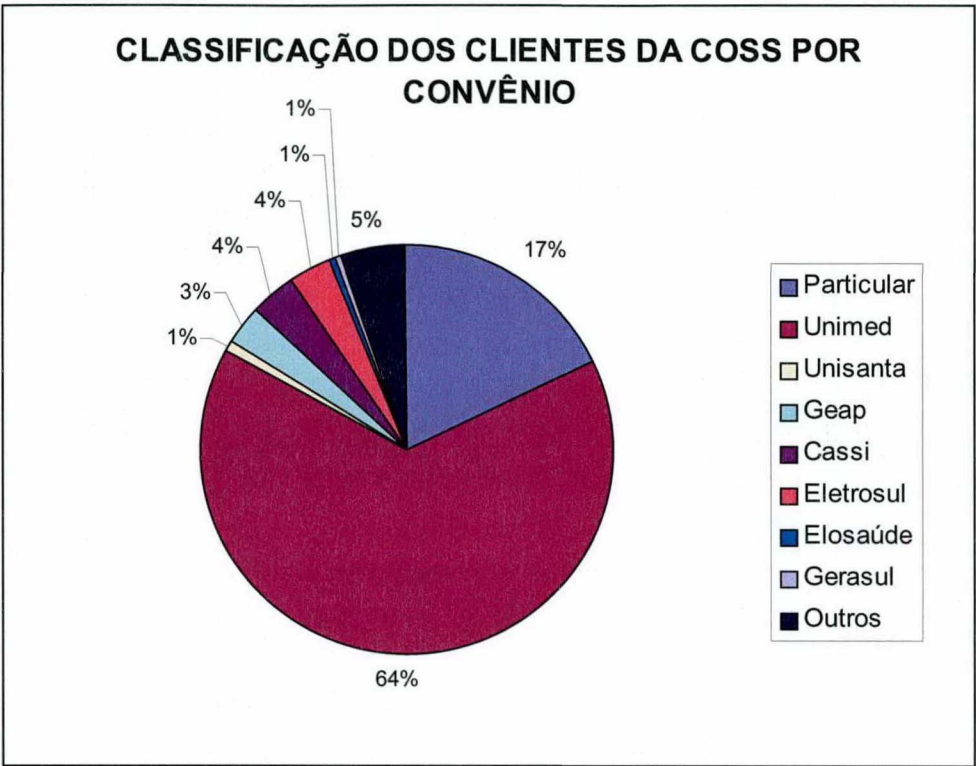
ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
PARTICULAR	36	36	18	18
UNIMED	130	166	65	83
UNISANTA	2	168	1	84
GEAP	6	174	3	87
CASSI	7	181	3,5	90,5
ELETROSUL	7	188	3,5	94
ELOSAÚDE	1	189	0,5	94,5
GERASUL	1	190	0,5	95
OUTROS	10	200	5	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação ao convênio médico dos clientes da COSS, 65% são da UNIMED e 18% são particulares, ou seja, não possuem convênio com a empresa. Os outros são convênios de menor expressão da COSS que são : AFALESC (2 respostas), ASSEFAZ (2 respostas). Outros que apenas um médico na COSS atende são SIDESC (2 respostas) e

FUNCEF (2 respostas). Outras respostas são convênios que o cliente possui porém a COSS não atende e ele se consulta como PARTICULAR ou cortesia.

GRÁFICO 8 – CLASSIFICAÇÃO DOS CLIENTES DA COSS POR CONVÊNIO – 2001



FONTE: PESQUISA DE CAMPO

8. Dados sócio-econômicos

8.1 Sexo :

TABELA 30 – CLASSIFICAÇÃO POR SEXO DOS CLIENTES DA COSS- 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Feminino	138	138	69	69
Masculino	62	200	31	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

GRÁFICO 9 – CLASSIFICAÇÃO POR SEXO DOS CLIENTES DA COSS – 2001



FONTE : PESQUISA DE CAMPO

Comentários: Em relação a classificação por sexo dos clientes da COSS, 69% são mulheres e apenas 31% são homens.

8.2 Sua idade corresponde ao período :

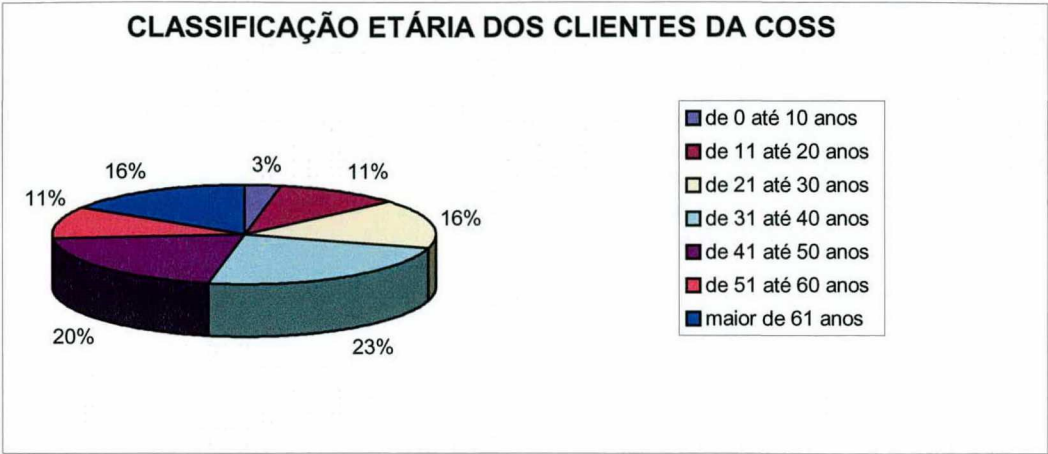
TABELA 31 – CLASSIFICAÇÃO ETÁRIA DOS CLIENTES DA COSS - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
de 0 até 10 anos	6	6	3	3
de 11 até 20 anos	21	27	10,5	13,5
de 21 até 30 anos	32	59	16	29,5
de 31 até 40 anos	47	106	23,5	53
de 41 até 50 anos	41	147	20,5	73,5
de 51 até 60 anos	21	168	10,5	84
Maior de 61 anos	32	200	16	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação a idade dos clientes da COSS, cada faixa etária listada está bem distribuída dentre os clientes pesquisados. Não se verifica nenhuma grande concentração de dados neste gráfico. Apenas a faixa etária de 0 até 10 anos que teve uma representação percentual mínima de 3%.

GRÁFICO 10 – CLASSIFICAÇÃO ETÁRIA DOS CLIENTES DA COSS – 2001



FONTE : PESQUISA DE CAMPO

8.3 Estado civil :

TABELA 32 – CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO CIVIL DOS CLIENTES DA COSS - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Solteiro	65	65	32,5	32,5
Casado	101	166	50,5	83
Divorciado/ Sep.	16	182	8	91
Viúvo	14	196	7	98
Outros	4	200	2	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação ao estado civil dos clientes pesquisados, percebe-se que 50,5% deles são casados, enquanto que 32,5% deles são solteiros.

8.4 A cidade em que você habita é :

TABELA 33 – MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DOS CLIENTES DA COSS - 2001

ITEM	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
Florianópolis	134	134	67	67
Grande Florianópolis	59	193	29,5	96,5
Outra cidade catarinense	6	199	3	99,5
Cidade não catarinense	0	199	0	99,5
Cidade não brasileira	1	200	0,5	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de campo

Comentários: Em relação ao município de residência dos clientes da COSS, 67% deles moram em Florianópolis, e 29,5% moram na Grande Florianópolis. Dos que responderam outra cidade catarinense as cidades citadas foram : São José Serrito, Criciúma (2 vezes), Balneário Camboriú, Imbituba, Itapema. As outras cidades não foram descritas pelos entrevistados.

OBSERVAÇÃO: As questões 8.5, 8.6, 8.7 e 8.8 fazem parte do critério para estratificação sócio-econômica de MATTAR (1997, vol. I, p.153-154).

8.5 Qual o grau de instrução do chefe de família :

8.6 Qual a renda mensal do chefe da família :

8.7 Qual o número de dormitórios de sua casa :

8.8 Categoria ocupacional do chefe da família (se aposentado, indique a categoria quando em atividade) :

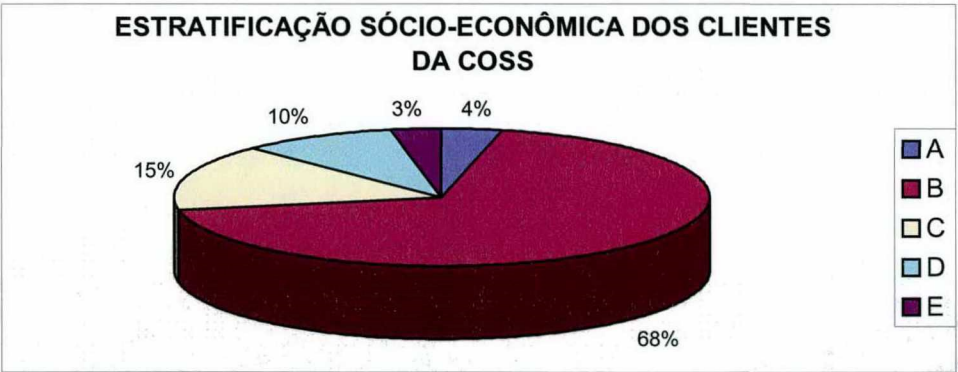
TABELA 34 – ESTRATIFICAÇÃO SÓCIO-ECONOMICA DOS CLIENTES DA COSS – 2001

CLASSE	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA.	FREQUENCIA RELATIVA %	FREQUENCIA RELATIVA ACUMULADA %
A	7	7	3,5	3,5
B	137	144	68,5	72
C	31	175	15,5	87,5
D	19	194	9,5	97
E	6	200	3	100
TOTAL	200		100	

FONTE: Pesquisa de Campo

Comentários: Em relação a estratificação sócio-econômica obtida pelo critério de MATTAR (1997, vol. I, p.153-154). pelas questões 8.5, 8.6, 8.7 e 8.8, verifica-se que 68,5% dos clientes da COSS são da classe B.

GRÁFICO 11 – ESTRATIFICAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA DOS CLIENTES DA COSS –2001



FONTE: PESQUISA DE CAMPO

5.1.2.12 Análise dos pontos fracos e pontos fortes

Após a análise do ambiente interno da COSS é possível identificar os pontos fracos e fortes da empresa.

Os pontos fracos identificados foram :

- Corpo clínico autônomo e pouco especializado;
- Ocupação produtiva da COSS inferior a sua capacidade;
- Grande demanda de convênios com baixa remuneração;
- Baixa atuação cirúrgica realizada na COSS;
- Estacionamento;

A questão do corpo clínico autônomo, sem laços jurídicos com a COSS gera alguns problemas significativos para a empresa como baixo comprometimento com a organização, baixa motivação para com o destino da empresa e dificuldades em se manter metas de produtividade interna. Levando-se em conta que o produto da empresa é o “serviço oftalmológico”, não poder contar plenamente com a adesão dos médicos não-sócios que lá trabalham dificulta o gerenciamento competitivo da empresa.

Apesar de todos os profissionais da COSS serem especialistas em Oftalmologia, os avanços científicos nesta área da medicina estão exigindo do profissional competitivo uma subespecialização oftalmológica. Assim, o fato do corpo clínico da empresa ser pouco especializado, deixa de lado a oportunidade de se oferecer aos clientes um importante diferencial competitivo ao serviço médico.

Já em relação à baixa ocupação produtiva dos consultórios médicos e do centro cirúrgico da COSS frente a sua capacidade, este problema está intimamente ligado com as questões acima relatadas. Conforme os dados mostrados na tabela 17, a atual ocupação produtiva da COSS é de 43%, enquanto que sua ociosidade é de 57%. Parte deste problema é causado pela não disponibilidade dos médicos não-sócios em todas as horas de trabalho oferecidas pela empresa. Cabe ressaltar também que médicos, em geral, trabalham em diversos locais, comprometendo sua própria fidelização ao local de trabalho na medida em que este número de ambientes de trabalho é grande.

Outro possível motivo gerador deste problema na COSS é o alto custo do serviço percebido pelo cliente. De acordo com os dados das tabelas 7 e 8, no ano 2000, a consulta do

tipo particular (sem convênio com a COSS) representou apenas 14,67 % do volume de atendimentos prestados, enquanto que os 85,33% dos atendimentos feitos por convênio, pagam menos do que a metade da consulta particular (exceto os convênios Brasil Assistência e Universal Assistência cuja pagamento da consulta é de R\$ 120,00). Além disso, os convênios, em geral, costumam restringir o número de procedimentos autorizados, e em muitos casos, resistem ao pagamento justo do serviço prestado. Esta problemática dificulta os investimentos em formação do profissional e em equipamentos tecnológicos da área.

Outro problema verificado na COSS é a baixa incidência de cirurgias realizadas na própria empresa. Apesar do atendimento oftalmológico da COSS gerar cirurgias pequenas média e grande, apenas as de pequeno e médio porte são realizadas na COSS. E, ainda assim, é muito baixa a produção cirúrgica.

Vários fatores causam esta realidade. Primeiro, o fato da tecnologia cirúrgica ter se tornado excessivamente cara para os médicos em geral (Exemplo Excimer Laser custa US\$ 360.000,00 a US\$ 500.000,00 para cirurgias de porte grande). Este fator dificulta o investimento de empresas de pequeno porte como a COSS em equipamentos com este patamar de preços. Além disso, é por esta lógica que os médicos estão se unindo em grandes grupos para poderem usufruir da tecnologia de ponta da área. Desta maneira, os médicos preferem operar seus pacientes em outros locais que não na COSS do que simplesmente deixarem de opera-los com equipamentos de alta tecnologia, insistindo suas atuações em técnicas recém ultrapassadas.

Segundo, o fato da COSS operar apenas com 47% de sua capacidade também reflete no movimento cirúrgico. Verifica-se este fato na análise dos anos 1999 e 2000, que a entrada de mais dois médicos no final do ano de 1999 teve como consequência no ano 2000, um aumento na média de consultas por dia útil de 31 consultas em 1999 para 35 em 2000, e a média das cirurgias geradas pela COSS também aumentou de 19 cirurgias/mês em 1999 para 23 em 2000. O aumento percentual das cirurgias geradas pela COSS de 1999 para 2000 foi de 21%, valor superior ao incremento da média diária das consultas no mesmo período, de 13%.

Outro ponto fraco percebido no ambiente interno da COSS através do depoimento de 54% dos seus clientes entrevistados em Pesquisa de Campo realizada foi o estacionamento, que para eles é ruim ou péssimo. A COSS possui apenas quatro vagas de garagem em seu estabelecimento. Duas são reservadas para os médicos e as outras duas para os clientes. Considerando-se três consultórios médicos atendendo normalmente, três pacientes sendo

atendidos simultaneamente e outros tantos chegando para sua consulta, outros pacientes dilatando a pupila (procedimento mais demorado) e outros na sala de lentes de contato, podem gerar uma necessidade grande de vagas para estacionamento que a capacidade da COSS não pode suprir. A rua onde se localiza a COSS possui vagas apenas em um lado, e estas vivem constantemente ocupadas pois nesta rua não se aplica o sistema de rotatividade de carros nas vagas (Zona Azul). Porém, na mesma rua, a poucos metros da COSS há estacionamento privado, como possibilidade para os clientes. No entanto, o problema persiste e é fortemente frisado pelos clientes da COSS.

Os pontos fortes identificados foram :

- Atendimento da recepção;
- Atendimento de lentes de contato;
- Serviço médico;
- Pontualidade médica;
- Disponibilidade de horários para o atendimento médico;
- Estrutura física da COSS;
- Facilidade de acesso da COSS na cidade;
- Prédio próprio;
- Credibilidade da marca.

Através de Pesquisa de Campo realizada na empresa com 200 clientes, foi possível identificar, felizmente, pelos próprios clientes muitos pontos fortes.

Para 95,5% dos clientes entrevistados, o atendimento na recepção por telefone é ótimo (para 50,5%) ou bom (para 45%). E, 97% dos clientes consideram o atendimento da recepção no próprio local ótimo (para 54%) ou bom (para 43%).

Em relação ao atendimento no setor de lentes de contato, das pessoas que o conhecem (em torno de 30%), todas o consideram ótimo (para 17,5%) ou bom (para 10%). Este serviço envolve a demonstração e a orientação do uso das lentes.

O serviço médico da COSS que abrange desde o primeiro atendimento até os retornos de consultas, procedimentos para fins de uso de lentes de contato, curativos e cirurgias é um importante ponto forte da COSS. Para 92% dos clientes, o atendimento médico é ótimo (para

56%) ou bom (para 36%). Para 79,5% deles o serviço médico é ótimo (para 44,5%) ou bom (para 35%).

Em relação a pontualidade médica, 84% dos clientes a considera ótima (para 38,5%) ou boa (para 45,5%).

A disponibilidade de horários médicos de atendimento significa para o cliente poder ser atendido em momento e horário conveniente. Segundo os clientes da COSS a disponibilidade de horários médicos para o atendimento é considerada ótima (para 28,5%) ou boa (para 56%) para 84,5% deles.

A estrutura física da COSS, que abrange consultórios médicos, sala de recepção, instalação sanitária, sala de dilatação de pupilas, sala de lentes de contato e climatização, é considerada ótima ou boa para a maior parte dos clientes. Para 99% dos clientes, os consultórios e a sala de recepção são ótimos ou bons. A instalação sanitária é avaliada como ótima ou boa para 72,5% dos clientes. A climatização da COSS é considerada ótima ou boa por 97% dos clientes. Já as sala de dilatação de pupilas e de lentes de contato, que são salas frequentadas por quase 50% dos clientes (dilatação de pupilas) e 30% (sala de lentes de contato), quem as conhece consideram ótima ou boa .

Já a facilidade de acesso da COSS na cidade é avaliada por 92,5% dos clientes como sendo ótima (para 40%) ou boa (para 52,5%). Isto se dá porque a empresa se situa em privilegiada área da cidade de Florianópolis, em região central e muito valorizada, na Beira-mar. Além disso, soma-se a este ponto como vantagem para a COSS o fato deste estabelecimento pertencer a própria empresa deste sua fundação, podendo ela garantir seu ponto de distribuição e não necessitar de aluguel.

Outro ponto forte muito importante para a COSS é a credibilidade da marca. Este fato é percebido na análise de alguns fatores como o tempo de fidelidade dos clientes da empresa e a forma como a maioria dos clientes chega à COSS e imagem da empresa no exterior na área médica. Com base nos dados levantados pela Pesquisa de Campo realizada na empresa foi possível verificar que 37,5% dos entrevistados já são clientes da COSS de 5 até 29 anos atrás. Outro fator é que 61,5% das indicações para se utilizar os serviços da COSS é de pessoas que conhecem e confiam no serviço da empresa. Desta porcentagem, 47% das indicações são de amigos ou familiares do cliente e 14,5% das indicações são de médicos de outras áreas da medicina que indicam os serviços da COSS para seus pacientes.

5.2 Prognóstico

No prognóstico da COSS é a etapa seguinte do plano estratégico de marketing, onde se define a missão da empresa, os objetivos e o plano de ação para se atingir os objetivos. Os objetivos serão desenvolvidos sobre o composto de marketing (preço, promoção, produto e praça).

5.2.1 Missão da empresa

De acordo com o estudo realizado na empresa, juntamente com os referenciais teóricos, chegou-se a missão da Clínica de Olhos São Sebastião – COSS :

“Satisfazer os clientes através dos cuidados com a saúde ocular, garantindo um aperfeiçoamento contínuo na área em que atua.”

5.2.2 Formulação de objetivos

O objetivo definido para a COSS é :

“Aumentar sua lucratividade nos próximos 12 meses.”

5.2.3 Formulação das estratégias

As estratégias para a COSS serão :

- **ESTRATÉGIA 1-** Aumentar a produtividade da COSS até o limite de sua capacidade;
- **ESTRATÉGIA 2** - Buscar diferenciação competitiva pela qualidade do serviço oferecido;
- **ESTRATÉGIA 3** – Desenvolver profissional de relações públicas e comerciais na COSS;
- **ESTRATÉGIA 4** – Estimular a frequência do cliente particular;
- **ESTRATÉGIA 5** - Firmar convênios oftalmológicos mais atrativos;
- **ESTRATÉGIA 6** – Promover a COSS e os seus profissionais de saúde mantendo seus clientes informados de seus serviços, lembrando-lhes que a empresa está a disposição;
- **ESTRATÉGIA 7** – Oferecer condições de estacionamento adequadas.

5.2.4 Plano de ações

- **ESTRATÉGIA 1- Aumentar a produtividade da COSS até o limite de sua capacidade;**

AÇÃO 1.1 - Estudar a viabilidade de outras possibilidades de estrutura jurídica envolvendo os médicos não – sócios com a finalidade de envolvê-los, e motivá-los no destino da empresa, além de criar maior responsabilidade com todo o processo de satisfação global do paciente atendido;

AÇÃO 1.2 – Estimular a adesão dos médicos que lá trabalham a aumentarem sua disponibilidade na COSS em reuniões com o proprietário;

➤ **ESTRATÉGIA 2 - Buscar diferenciação competitiva pela qualidade do serviço oferecido;**

AÇÃO 2.1 - Deve estimular os médicos que nela trabalham a desenvolverem estudos de especialização em subcategorias da oftalmologia – evitando assim a transferência de casos clínicos mais complexos para outros concorrentes mais especializados;

AÇÃO 2.2 - Promover treinamentos internos constantes para a coesão da **equipe de trabalho** com consultoria de Recursos Humanos, para fixação de posturas adequadas no tratamento do cliente e para reforçar a responsabilidade de todos na satisfação do cliente. Deve-se envolver todos na empresa para criar valor superior para o cliente em todos os pontos de satisfação do cliente (recepção, administração, limpeza , atendimento médico)

AÇÃO 2.3 - Promoção de palestras de conscientização da qualidade do serviço prestado através de Consultoria de Recursos Humanos;

AÇÃO 2.4 - Gerenciar a coesão da equipe de trabalho através de reuniões periódicas internas realizadas pela administração da COSS para resolução de problemas e para promover melhorias percebidas;

➤ **ESTRATÉGIA 3 – Desenvolver profissional de relações públicas e comerciais na COSS;**

AÇÃO 3.1 Desenvolvimento de um agente comercial que represente a COSS na busca por convênios a estabelecimentos mais favoráveis que os atuais, também se relacionando com os convênios já mantidos de maneira a estreitar laços e obter maior coesão de seus associados.

➤ **ESTRATÉGIA 4 – Estimular a frequência do cliente particular;**

AÇÃO 4.1 - Sugere-se que o valor da consulta particular diminua, não como desconto, mas como atualização de valor. O objetivo fica sendo aumentar o número de consultas particulares, em detrimento da diminuição do volume de atendimento dos convênios que pouco pagam frente a toda estrutura oferecida pela COSS. Assim, pretende-se receber melhor remuneração pelos clientes e oferecer atendimento que possa superar suas expectativas dos clientes, como foi comentado em marketing de serviços.

➤ **ESTRATÉGIA 5 - Firmar convênios oftalmológicos mais atrativos;**

AÇÃO 5.1 - Em termos de venda pessoal e relações públicas , a criação do representante comercial já citado anteriormente, para “vender” os serviços da empresa à associações, corporações, empresas de porte grande com vantagens para ambas as partes. Já que não é possível realizar a venda pessoal a cada indivíduo separadamente, será feita venda pessoal aos representantes de grandes grupos. Além disso o representante comercial será responsável por manter bons relacionamentos com estes convênios de maior interesse para a COSS.

➤ **ESTRATÉGIA 6 – Promover a COSS e os seus profissionais de saúde mantendo seus clientes informados de seus serviços, lembrando-lhes que a empresa está a disposição;**



AÇÃO 6.1 -. Fazer propaganda direcionada a canais de comunicação onde haja seção de saúde, para melhor caracterização da COSS. Estes canais podem ser as revistas de listagem dos convênios que abrem espaço extra para publicidade; encartes de jornais com seção de saúde e campanhas de saúde em geral com espaço para publicidade.

AÇÃO 6.2 - A participação dos médicos da COSS em campanhas de saúde educacionais ou preventivas, em palestras técnicas, entrevistas técnicas em periódicos ou na TV, etc. também podem servir como boa oportunidade para promover a empresa.

AÇÃO 6.3 - Além disso, a empresa deve providenciar um *folder* da empresa para disponibilizar uma boa apresentação resumida da empresa nas ocasiões convenientes.

AÇÃO 6.4 - Outro tipo de propaganda para a COSS, com as mesmas funções acima citadas seria de aproveitar oportunidades de divulgação na região de sua localização. Isto pode ser feito nas **laterais do prédio** que possui amplo espaço próprio para se utilizar como um espaço publicitário.

AÇÃO 6.5 - Além disso, sugere-se também a transferência da placa publicitária de uma rua próxima à COSS para suas duas esquinas da rua .

AÇÃO 6.6 - Também deve-se estar atento para espaços publicitários disponíveis nesta região, lembrando-se que o público da região é de classe A e B ,sendo esta última, foco da COSS.

➤ **ESTRATÉGIA 7 – Oferecer condições de estacionamento adequadas.**

AÇÃO 7.1 Proposta junto a administração da Zona Azul da cidade de Florianópolis a inserção da rua Dr. Armínio Tavares no sistema de rotatividade de vagas da Zona Azul conforme a indicação do órgão.

AÇÃO 7.2 Estudo de viabilidade de implantação de convênio com estacionamento privado situado na rua Dr. Armínio Tavares;

AÇÃO 7.3 Reordenação das vagas da própria COSS com placa de sinalização de estacionamento exclusivo para clientes no lado direito do prédio, próximo à entrada de clientes ao estabelecimento.

5.2.5 Orçamento e competências

O método utilizado para o orçamento das ações é o de Disponibilidade de Recursos, onde a COSS julgará o quanto pode gastar diante das diversas possibilidades que pode existir em cada ação planejada.

Algumas das estratégias exigirão mais tempo que os doze meses previstos, pois constituem um processo de longo prazo, como uma especialização em uma subespecialidade da Oftalmologia.

As ações que exigirão custos extras à COSS serão:

- Consultoria Jurídica , custando em média R\$ 3.000,00
- Consultoria de Recursos Humanos custando R\$ 12.000,00 para 12 meses;
- Especialização Oftalmológica : pode variar conforme a situação podendo custar até R\$ 10.000,00 para doze meses, por médico, sendo de responsabilidade financeira e de execução de cada médico;
- Propaganda em periódicos : R\$ 1.200,00 para 12 meses, sendo de responsabilidade da administração da COSS;
- Folder : a criação custa em torno de R\$ 220,00 e sua reprodução varia conforme o número de impressões podendo custar R\$3600,00 para doze meses considerando-se o consumo de 100 *folders* ao mês, sendo de responsabilidade da administração da COSS;
- Placas publicitárias nas laterais da COSS : Confeccionadas de lona, com impressão da logomarca da empresa custa em torno de R\$ 1.500,00 com a colocação das placas, sendo de responsabilidade da administração;
- Placas de sinalização de rua sob responsabilidade da empresa Ativa, deslocando a publicidade para as duas esquinas da rua custam R\$ 2.160,00 para doze meses, sendo de responsabilidade da administração;
- Convênio com estacionamento privado da rua da COSS : pode custar R\$ 3.200,00 por doze meses considerando-se que metade da necessidade por vagas na COSS pode ser suprida por suas próprias vagas, e considerando em torno de 3.250 pacientes, (1/4 de pacientes atendidos em 2000);

No total, ações acima citadas custariam em torno de R\$ 26.880,00 para doze meses previstos. Deve-se considerar os valores acima com possibilidade de variação de custo.

As ações que não exigirão custos adicionais a COSS além do que a empresa já consome são :

- Reuniões internas na COSS – de responsabilidade do setor de administração e do proprietário;
- O desenvolvimento de agente comercial será feito em uma das auxiliares administrativas da COSS com orientação da Consultoria de Recursos Humanos;
- Diminuição da consulta particular – com o consenso dos médicos, sendo de responsabilidade da administração o estudo da redução percentual do atual valor;
- Firmar convênios com empresas –responsabilidade da representante comercial;
- Participação de médicos em campanhas voluntárias – de responsabilidade dos médicos interessados;

5.2.6 Comentários

Como através da pesquisa de campo realizada na COSS as avaliações do serviço médico, do atendimento da recepção e do atendimento no setor de lentes de contato foram consideradas muito boas, então a empresa tem boa chance não só de manter este patamar como também alcançar uma melhora que “seduza” seus clientes. Além disso, esta Pesquisa de Campo aplicada aos clientes da COSS também considerou sua estrutura muito boa, excetuando-se o estacionamento, que através das ações do plano, ganharão aspecto mais positivo.

Resumidamente, sabe-se que a COSS deve aumentar sua produtividade ao patamar de sua capacidade (que não acarretaria prejuízos em sua qualidade) e procurar trabalhar com níveis de remuneração adequados à qualidade do serviço, a sua estrutura física e à localização que a empresa oferece.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBRECHT, Karl, BRADFORD, Lawrence. Serviços com qualidade : a vantagem competitiva. São Paulo : Makron Books do Brasil, 1992.
- ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA. Relação de médicos oftalmologistas cadastrados na ACM. Florianópolis, 11 abril 2001.
- ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA. Situação no Brasil é avaliada pela CINAEM. Jornal da ACM. Florianópolis, n. 215, p. 9, fev./2001.
- BERRY, Leonard. Serviços de satisfação máxima guia prático de ação. Rio de Janeiro : Editora Campus, 1992.
- BLANCO. J. Maior atenção ao paciente. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Disponível em : < cbo@yahoogroups.com >. Acesso em : 25 março de 2001.
- COBRA, Marcos. Administração de marketing. 2 ed. São Paulo : Atlas, 1992.
- CÓDIGO DE ÉTICA MEDICA. Disponível em : <<http://www.cremesc.com.br>>. Acesso em : 25 de março de 2001.
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. SUS que não dá certo : FHC é interpelado judicialmente. Saúde Hoje/Confederação Nacional de Saúde. São Paulo, n. 82, p. 12, dez./ 1997.
- CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. Aumentando a sinergia entre indústria e os oftalmologistas. Jornal oftalmológico Jota Zero/Conselho Brasileiro de Oftalmologia. São Paulo. n. 77, p. 7, jan./ fev./2001.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. Referenciamento exclusivo. Jornal oftalmológico Jota Zero/ Conselho Brasileiro de Oftalmologia. São Paulo. n. 77, p. 15, jan./ fev./2001.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. “Senilidade ocular”: tema oficial do XXXI Congresso Brasileiro de Oftalmologia. Jornal oftalmológico Jota Zero/ Conselho Brasileiro de Oftalmologia. São Paulo. n. 77, p. 7, jan./ fev./2001.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA. População catarinense de estabelecimentos de saúde e de médicos. Florianópolis, 9 abril de 2001.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA. Relação de médicos por especialidade com registro de qualificação de especialista (RQE). Disponível em : < <http://www.cremesc.org.br/medicos/OFTALMOLOGIA.html> > Acesso em : 11 abril de 2001.

CRIPPA, C. Muito trabalho pela frente. Associação Catarinense de Medicina /Jornal da ACM. Florianópolis, n. 215, p. 2, fev./2001.

CRUZ NETO. Otávio “O trabalho em campo como descoberta e criação In: Pesquisa social : teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ : Vozes, 1994, p 51—66.

DELLAPE, F. Chuva ácida. Confederação Nacional de Saúde/ Saúde Hoje. São Paulo, n. 81, p. 2, nov./ 1997.

FARIELLO, D. Procedimentos complexos provocam discussão. O Estado de São Paulo, 9 abr. 2001. Disponível em : < [http : //www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br) >. Acesso em : 10 abril 2001.

HANSEN, Harry. Estratégia de marketing. Enciclopédia administração de empresas : estratégia e direção. Vol. 1. São Paulo : Nova Cultural. 1986, p. 25-36.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.org.br>>. Acesso em : 26 de abril de 2001.

JORNAL DO BRASIL. Informe JB. Jornal do Brasil. Rio de Janeiro. 09 abr.2001.

Disponível em : < [http : //www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br) >. Acesso em: 10 abril de 2001.

JORNAL DA MEDICINA. Contra abusos dos planos de saúde. Jornal da Medicina. out./nov./ 2000. Disponível em : < [http : //www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br) > . Acesso em : 10 abril 2001.

JUSTA, V. A ética dos movimentos cooperativistas. Jornal oftalmológico Jota Zero/ Informativo do Conselho Brasileiro de Oftalmologia. n. 78, p.29, São Paulo, mar./abr.2001

KAUFFMAN, P. Tecnologia aumenta empregos médicos. Gazeta Mercantil. São Paulo. 09 abr. 2001. Disponível em : < [http : //www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br) > . Acesso em : 10 abril 2001.

- KOTLER. Philip. ARMSTRONG, Gary. Princípios de marketing. 7 ed. Rio de Janeiro : Prentice Hall do Brasil, 1998.

- KOTLER, Philip. Administração de marketing. 10 ed. . Rio de Janeiro : Prentice Hall do Brasil. 2000.

LAS CASAS, Alexandre Plano de marketing para micro e pequena empresa. São Paulo : Atlas, 1999.

LAVINSKY, J. Reflexões. Jornal oftalmológico Jota Zero/ Conselho Brasileiro de Oftalmologia. São Paulo. n. 77, p. 2, jan./ fev./2001.

LAVINSKY, J. Retina – três décadas de progresso. Retina BR/ Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo. Porto Alegre, n. 3, p. 2, abr./2001.

LÍPENER, C. Informações básicas para auxiliar o médico oftalmologista no momento da prescrição do óculos. Jornal Linha Médica/ Transitions Optical. São Paulo, n. 6, p. 3, fev./2001.

LISTEL, Lista telefônica 2000 : endereços de Florianópolis e São José. São Paulo : Listas telefônicas S. A., 2000.

MATTAR, Fauze Najib. Pesquisa de marketing, 4 ed. Vol. 1 e 2 . São Paulo Atlas, 1997.

PEYMAN, G. Entrevista internacional. Retina BR/Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo . Porto Alegre, n. 3, p. 20, abr./2001.

PINHEIRO, Antônio Gonçalves. Publicidade médica. Disponível em: <cbo@yahoo.com>. Acesso em : 15 de março de 2001.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Constituição. Brasília : Ministério da Educação , 1998.

SANTA RITTA, P. Entrevista concedida pelo proprietário da Clínica de Olhos São Sebastião, Florianópolis, 20 abr. 2001.

SINDICATO DOS MÉDICOS DE SANTA CATARINA. Poucas denúncias em Santa Catarina. Boletim Médico/ Sindicato dos médicos de Santa Catarina. Florianópolis, n. 90, p. 5, out./nov./dez./2001.

SINDICATO DOS MÉDICOS DE SANTA CATARINA. Saúde continua sem orçamento para 2000. Boletim Médico/ Sindicato dos médicos de Santa Catarina. Florianópolis, n. 87, p. 11, fev./mar./2000.

SINDICATO DOS TRABALHADORES EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, Convocação. Emergência saúde em alerta/ Jornal do Sindicato dos trabalhadores em estabelecimentos de saúde de Florianópolis. Florianópolis, p. 1, março de 2001.

SWIECH, G. É preciso nos defender. Boletim Médico/ Sindicato dos médicos de Santa Catarina. Florianópolis, n. 90, p. 2, out./nov./dez./2001.

SWIECH, G. Governo do estado promove arrocho salarial triplo. Boletim Médico/ Sindicato dos médicos de Santa Catarina. Florianópolis, n. 90, p. 3, out./nov./dez./2001.

SWIECH, G. Médico, combata mais esta epidemia. Boletim Médico/ Informativo do Sindicato dos médicos de Santa Catarina. Florianópolis, n. 87, p. 2, fev./mar./2000.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação — o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo : Atlas, 1995.

WEINSTEIN, Art Segmentação de mercado. São Paulo : Atlas, 1995~

ANEXOS

ANEXOS 1 - CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Resolução CFM n 1246/88, D.O.U. 26.01.88)

Preâmbulo

I-O presente Código contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.

II- As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.

III- Para o exercício da Medicina, impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.

IV-A fim de garantir o acatamento e cabal execução deste Código, cabe ao médico comunicar ao Conselho Regional de Medicina, com descrição e fundamento, fatos de que tenham conhecimento e que caracterizem possível infringência do presente Código e das Normas que regulam o exercício da Medicina.

V-A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das Comissões de Ética, das autoridades da área de saúde e dos médicos em geral.

VI- Os infratores do presente Código sujeitar-se-ão às penas disciplinares previstas em lei.

1.Princípios fundamentais

Art.1º-A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

Art.2º-O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art.3º-A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

Art.4º-Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.

Art.5º-O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Art.6º-O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Art.7º-O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

Art.8º-O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

Art.9º-A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.

Art.10-O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

Art.11-O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

Art.12-O médico deve buscar a melhor adequação do trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle dos riscos inerentes ao trabalho.

Art.13-O médico deve denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida.

Art.14-O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

Art.15-Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico.

Art.16-Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha por parte do médico dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

Art.17-O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art.18-As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem estar do paciente.

Art.19-O médico deve ter, para com os seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo II : Direitos do médico

É direito do médico:

Art.20-Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, opção sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

Art.21-Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

Art.22-Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art.23-Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente.

Art.24-Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

Art.25-Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição.

Art.26-Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

Art.27-Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente.

Art.28-Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Capítulo III : Responsabilidade profissional

É vedado ao médico:

Art.29-Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Art.30-Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art.31-Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art.32-Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.

Art.33-Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou, ou do qual não participou efetivamente.

Art.34-Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art.35-Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art.36-Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado

Art.37-Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.

Art.38-Acumpliar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina, ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos.

Art.39-Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art.40-Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos responsáveis, às autoridades e ao Conselho Regional de Medicina.

Art.41-Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art.42-Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

Art.43-Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.

Art.44-Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Art.45-Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado.

Capítulo IV : Direitos humanos

É vedado ao médico:

Art.46-Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Art.47-Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art.48-Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.

Art.49-Participar da prática de tortura ou outras formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis, ser coniventes com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento.

Art.50-Fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que facilitem a prática de tortura ou outras formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis, em relação à pessoa.

Art.51-Alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis consequências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-la ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida iminente, tratá-la.

Art.52-Usar qualquer processo que possa alterar a personalidade ou a consciência da pessoa, com a finalidade de diminuir sua resistência física ou mental em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art.53-Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente, ao exercer a profissão em qualquer instituição na qual o mesmo esteja recolhido independentemente da própria vontade.

Parágrafo Único: Ocorrendo quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes a ele confiados, o médico está obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art.54-Fornecer meio, instrumento, substância, conhecimentos, ou participar, de qualquer maneira, na execução de pena de morte.

Art.55-Usar da profissão para corromper os costumes, cometer ou favorecer crime.

Capítulo V : Relação com pacientes e familiares

É vedado ao médico:

Art.56-Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Art.57-Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Art.58-Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condição de fazê-lo.

Art.59-Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Art.60-Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art.61-Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º-Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º-Salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico.

Art.62-Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento.

Art.63-Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art.64-Opor-se à realização de conferência médica solicitada pelo paciente ou seu responsável legal.

Art.65-Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política.

Art.66-Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.

Art.67-Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.

Art.68-Praticar fecundação artificial sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o procedimento.

Art.69-Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

Art.70-Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

Art.71-Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado.

Capítulo VI : Doação e transplante de órgãos e tecidos

É vedado ao médico:

Art.72-Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspensão dos meios artificiais de prolongamento da vida de possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art.73-Deixar em caso de transplante, de explicar ao doador ou seu responsável legal e ao receptor, ou seu responsável legal, em termos compreensíveis, os riscos de exames, cirurgias ou outros procedimentos.

Art.74-Retirar órgão de doador vivo quando interdito ou incapaz, mesmo com autorização de sua responsável legal.

Art.75-Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou tecidos humanos.

Capítulo VII : Relações entre médicos

É vedado ao médico:

Art.76-Servir-se de sua posição hierárquica para impedir, por motivo econômico, político, ideológico ou qualquer outro, que médico utilize as instalações e demais recursos da instituição sob sua direção, particularmente quando se trate da única existente na localidade.

Art.77-Assumir emprego, cargo ou função, sucedendo a médico demitido ou afastado em represália a atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art.78-Posicionar-se contrariamente a movimentos legítimos da categoria médica, com a finalidade de obter vantagens.

Art.79-Acobertar erro ou conduta anti-ética de médico.

Art.80-Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art.81-Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art.82-Deixar de encaminhar de volta ao médico assistente o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado, devendo, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que se responsabilizou pelo paciente.

Art.83-Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por esse ou seu responsável legal.

Art.84-Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade, ao ser substituído no final do turno de trabalho.

Art.85-Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Capítulo VIII : Remuneração profissional

É vedado ao médico:

Art.86-Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios.

Art.87-Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados.

Art.88-Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários.

Art.89-Deixar de se conduzir com moderação na fixação de seus honorários, devendo considerar as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática local.

Art.90-Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo provável dos procedimentos propostos, quando solicitado.

Art.91-Firmar qualquer contrato de assistência médica que subordine os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art.92-Explorar o trabalho médico como proprietário, sócio ou dirigente de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos, bem como auferir lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe.

Art.93-Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente que tenha atendido em virtude de sua função em instituições públicas.

Art.94-Utilizar-se de instituições públicas para execução de procedimentos médicos em pacientes de sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art.95-Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos; ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art.96-Reduzir, quando em função de direção ou chefia, a remuneração devida ao médico, utilizando-se de descontos a título de taxa de administração ou quaisquer outros artifícios.

Art.97-Reter, a qualquer pretexto, remuneração de médicos e outros profissionais.

Art.98-Exercer a profissão com interação ou dependência, de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produtos de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da Medicina do Trabalho.

Art.99-Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra de influência direta em virtude da sua atividade profissional.

Art.100-Deixar de apresentar, separadamente, seus honorários quando no atendimento ao paciente participarem outros profissionais.

Art.101-Oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza.

Capítulo IX : Segredo médico

É vedado ao médico:

Art.102-Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo Único - Permanece essa proibição:

- a. Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.
- b. Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

Art.103-Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Art.104-Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas.

Art.105-Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art.106-Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

Art.107-Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.

Art.108-Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

Art.109-Deixar de guardar o segredo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

Capítulo X : Atestado e boletim médico

É vedado ao médico:

Art.110-Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Art.111-Utilizar-se do ato de atestar como forma de angariar clientela.

Art.112-Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo Único- O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração dos honorários.

Art.113-Utilizar-se de formulários de instituições públicas para atestar fatos verificados em clínica privada.

Art.114-Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art.115-Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art.116-Expedir boletim médico falso ou tendencioso.

Art.117-Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.

Capítulo XI : Perícia médica

É vedado ao médico:

Art.118-Deixar de atuar com absoluta insenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência.

Art.119-Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame.

Art.120-Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.

Art.121-Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Capítulo XII : Pesquisa médica

É vedado ao médico:

Art.122-Participar de qualquer tipo de experiência no ser humano com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos

Art.123-Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido, sobre a natureza e a consequência da pesquisa.

Parágrafo Único- Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu responsável legal.

Art.124-Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis consequências.

Art.125-Promover pesquisa médica na comunidade sem o conhecimento dessa coletividade e sem que o objetivo seja a proteção da saúde pública, respeitada as características locais.

Art.126-Obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe.

Art.127-Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo a aprovação e acompanhamento de comissão isente de qualquer dependência em relação ao pesquisador.

Art.128-Realizar pesquisa médica em voluntários, sadios ou não, que tenham direta ou indiretamente dependência ou subordinação relativamente ao pesquisador.

Art.129-Executar ou participar de pesquisa médica em que haja necessidade de suspender ou deixar de usar terapêutica consagrada e, com isso, prejudicar o paciente.

Art.130-Realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais.

Capítulo XIII : Publicidade e trabalhos científicos

É vedado ao médico

Art.131-Permitir que sua participação, na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.

Art.132-Divulgar informações sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art.133-Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.

Art.134-Dar consulta, diagnóstico ou prescrição, por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa

Art.135-Anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado

Art.136-Participar de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza, valendo-se de sua profissão.

Art.137-Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação.

Art.138-Utilizar-se, sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, de dados, informações, ou opiniões ainda não publicados.

Art.139-Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art.140-Falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação científica

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PESQUISA DE MARKETING

USO DA ENTREVISTADORA	
DATA:	Nº

QUESTIONÁRIO
CLÍNICA DE OLHOS SÃO SEBASTIÃO (COSS)

Prezado cliente,

Este questionário foi elaborado no Curso de Administração da UFSC e visa obter dados relativos ao grau de satisfação dos clientes da COSS quanto aos serviços prestados. Não é necessário se identificar. Muito obrigado pela participação!

Perguntas :

1. Qual foi a sua indicação para vir à COSS ?

A – amigos/ familiares

B – médico

C – convênio

D – lista telefônica

E – Outras indicações. Quais ?

2. Quanto à recepção :

2.1 Como você avalia o atendimento da recepção por telefone :

A– Ótimo

B– Bom

C– Regular

D– Ruim

E- Péssimo

F- Não sei

2.2 Como você avalia o atendimento da recepção no próprio local :

A– Ótimo

B– Bom

C– Regular

D– Ruim

E- Péssimo

F- Não sei

3. Quanto ao serviço médico :

3.1 Como você avalia o serviço médico prestado quanto à pontualidade:

A– Ótimo

B– Bom

C– Regular

D– Ruim

E- Péssimo

F- Não sei

3.2 Como você avalia o serviço médico prestado quanto à disponibilidade de horários para atendimento :

A– Ótimo

B– Bom

C– Regular

D– Ruim

E- Péssimo

F- Não sei

3.3 Como você avalia o atendimento médico prestado quanto ao motivo de saúde que o trouxe ao seu médico :

A– Ótimo

B– Bom

C– Regular

D– Ruim

E- Péssimo

F- Não sei

3.4 Como você avalia o **resultado** do serviço médico prestado quanto ao motivo de saúde que o motivou a fazer a consulta médica :

A– Ótimo

B– Bom

C– Regular

D– Ruim

E- Péssimo

F- Não sei

3.5 Se ruim ou péssimo, qual (quais) foi (foram) o (s) motivo (s) :

.....

4 Quanto ao setor de Lentes de Contato :

4.1 Como você avalia o setor de lentes de contato quanto ao serviço de demonstração do uso das lentes:

A– Ótimo

B– Bom

C– Regular

D– Ruim

E- Péssimo

F- Não sei

4.2 Como você avalia o setor de lentes de contato quanto a orientação dada sobre o uso dessas lentes :

A– Ótimo

B– Bom

C– Regular

D– Ruim

E- Péssimo

F- Não sei

4.3 Quanto à sua expectativa em relação ao uso de lentes de contato você se sentiu :

- A - Muito satisfeito (a) B- Satisfeito (a) C- Indiferente
D - Insatisfeito (a) E- Muito insatisfeito (a) F- Não sei

4.4 Se insatisfeito ou muito insatisfeito, qual foi o motivo :

.....

5. Quanto à estrutura física :

5.1 Como você avalia a estrutura física da COSS em relação à sala de recepção :

- A- Ótima B- Boa C- Regular D- Ruim E- Péssima F- Não sei

5.2 Como você avalia a estrutura física da COSS quanto à instalação sanitária da sala de recepção :

- A- Ótima B- Boa C- Regular D- Ruim E- Péssima F- Não sei

5.3 Como você avalia a estrutura física da COSS em relação ao consultório médico:

- A- Ótima B- Boa C- Regular D- Ruim E- Péssima F- Não sei

5.4 Como você avalia a estrutura física da COSS em relação à sala de dilatação de pupilas :

- A- Ótima B- Boa C- Regular D- Ruim E- Péssima F- Não sei

5.5 Como você avalia a estrutura física da COSS quanto à sala de lentes de contato:

- A- Ótima B- Boa C- Regular D- Ruim E- Péssima F- Não sei

5.6 Como você avalia a estrutura física da COSS quanto à climatização:

- A- Ótima B- Boa C- Regular D- Ruim E- Péssima F- Não sei

5.7 Como você avalia a localização da COSS quanto à facilidade de acesso na cidade de Florianópolis:

- A- Ótima B- Boa C- Regular D- Ruim E- Péssima F- Não sei

5.8 Como você avalia o acesso físico da COSS quanto ao estacionamento :

- A- Ótimo B- Bom C- Regular D- Ruim E- Péssimo F- Não sei

6 Há quanto tempo você é cliente da Clínica de Olhos São Sebastião :

- A - de 0 a 1 ano;
B - de 1 a 3 anos;
C - de 3 a 5 anos;
D - de 5 a 10 anos;
E - de 10 a 29 anos;

7 Qual seu convênio médico :

- A - Não tenho (Particular) C - Unisanta
B - Unimed E - Cassi
D - Geap G - Elosaúde
F - Eletrosul H - Gerasul
I - Outros. Quais ?

8 Dados sócio-econômicos

8.1 Sexo :

A - Feminino

B - Masculino

8.2 Sua idade corresponde ao período :

- A – de 0 até 10 anos
- B – de 11 até 20 anos
- C – de 21 até 30 anos
- D – de 31 até 40 anos
- E – de 41 até 50 anos
- F – de 51 até 60 anos
- G – maior de 61 anos

8.3 Estado civil :

- A – Solteiro (a) B – Casado (a)
- C – Divorciado (a)/Separado (a) D – Viúvo (a)
- Outros

8.4 A cidade em que você habita é :

- A – Florianópolis;
- B – Grande Florianópolis
- C – Outra cidade catarinense. Qual ?
- D – Uma cidade brasileira fora do Estado de Santa Catarina. Qual ?.....
- E – Outro país, outra cidade . Quais?

8.5 Qual o grau de instrução do chefe de família :

- A – Sem escolaridade ou primário incompleto;
- B – Primário completo (4ª série do 1º. grau completa);
- C – Ginásio completo (1º. Grau completo);
- D – Colegial completo (2º. Grau completo);
- E – Superior completo;

8.6 Qual a renda mensal do chefe da família :

- A – Até R\$ 200,00
- B – Acima de R\$ 200,00 até R\$ 400,00;
- C – Acima de R\$ 400,00 até R\$ 600,00;
- D – Acima de R\$ 600,00 até R\$ 800,00;
- E – Acima de R\$ 800,00 até R\$ 1.000,00;
- F – Acima de R\$ 1.000,00 até R\$ 1.200,00;
- G – Acima de R\$ 1.400,00 até R\$ 1.600,00;
- H – Acima de R\$ 1.600,00.

8.7 Qual o número de dormitórios de sua casa :

- A – 1 B – 2 C – 3 D – 4 E – 5 F – 6 e mais

8.8 Categoria ocupacional do chefe da família (se aposentado, indique a categoria quando em atividade) :

- A – Dona de casa, Estudante;
- B – Desempregado (mais de 6 meses), Doente inválido;
- C – Trabalhadores em atividades marginais sem vínculo empregatício;
- D – Trabalhador / funcionário sem especialização
- E – Trabalhador / funcionário semi- especializado
- F – Trabalhador / funcionário especializado e proprietários de micro negócios;
- G – Chefia/ gerência de nível intermediário operacional ou administrativos;
- H – Proprietários de pequenos negócios;
- I – Proprietários de médios, executivos de médias empresas, profissionais liberais de sucesso moderado, professores universitários ;
- J – Proprietários de grandes negócios, executivos de grandes empresas, altos funcionários do governo, profissionais liberais bem-sucedidos.

Obs. Exemplos de ocupações enquadradas na escala de categoria ocupacional acima :

- C – Lavador de carros, faxineiras diaristas e assemelhados;

D – Operários de fábrica, ajudantes de pedreiro, atendentes de lanchonetes e padarias, porteiros e assemelhados;

E – operários de média especialização, professores de escola de primeiro grau, motoristas, auxiliares de escritório, vendedores balconistas, vendedores de pequenas empresas, policiais, bombeiros, carpinteiros, entregadores, pedreiros, funcionários públicos de nível médio e assemelhados;

F – professor de escola de 2. grau, diretor de escola, técnicos de nível médio, vendedores de médias e grandes empresas, mecânicos, assistentes administrativos, artesãos, funcionários públicos de nível alto e assemelhados;

G – Chefe/ gerente de segurança, de manutenção, de transporte, de vendas, administrativo, gerentes de banco, gerentes de lojas e assemelhados.

H – Advogados, médicos, dentistas, engenheiro, e assemelhados.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!